FIOCRUZ

Fiocruz

RADIS
Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

Nº 22 • setembro de 2001

ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE

191 países discutem na OMS os destinos da saúde no mundo

Participação brasileira muda os rumos do debate

AIDS
Única solução ainda é a prevenção

ALEITAMENTO
Proposta do Brasil derruba interesses comerciais

Medicamento é direito humano

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

É preciso falar da AMS 2
Num restaurante em São Francisco... 3

INTRODUÇÃO

A missão da OMS e os objetivos da Assembléia Mundial da Saúde 4
Relatório sobre a Saúde do Mundo 2000: o estopim da bomba 6
Entrevista: João Yunes 8

AIDS

Uma crise mundial que já dura 20 anos 10
Entrevista: Paulo Teixeira 13

EPIDEMIOLOGIA

Uma questão de alto risco 14
Entrevista: Jarbas Barbosa 15

TABACO

Convênio Marco será assinado até 2003 16
Entrevista: Vera Costa e Silva 17

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Como medir a saúde do mundo? 18

MEDICAMENTOS

Direito de todos 19
Entrevista: Jorge Bermudez 20

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fortalecimento de um novo paradigma 22

SAÚDE MENTAL

"Cuidar sim, excluir não" 23
Entrevista: Jorge Alberto Costa e Silva 25

NUTRIÇÃO

AMS aprova proposta brasileira de aleitamento 26
Entrevista: João Aprígio de Almeida 28

METAS E ORÇAMENTO

Prioridades da OMS para o período de 2002 a 2005 30
Um diálogo imaginário 31
A OMS no mundo 32

ad É preciso falar da AMS Num restaurante em São Francisco...

É preciso falar da AMS

Jornais de todo o mundo noticiaram, com grande espanto, a importante participação brasileira na 54ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), instância deliberativa máxima da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrida em maio deste ano. Até mesmo pessoas acostumadas às discussões no cenário internacional da área da saúde não pouparam adjetivos e superlativos. "O Brasil chacoalhou a Assembléia". "O Brasil foi o *enfant terrible* da AMS". "Foi uma bomba". A força das sentenças não deixa dúvidas quanto ao impacto da participação da delegação brasileira, apenas uma entre 191 países.

A decisão de se fazer uma revista TEMA sobre o assunto nasceu do impacto dessa participação, evidentemente, mas isso foi só o começo. Nossa ambição é muito maior, e há uma intenção quase didática em realizá-la. Pouquíssimas pessoas – mesmo entre os profissionais da área da saúde – têm conhecimento do que sejam a OMS e a Assembléia, e do que elas significam. Ministros da Saúde e delegados de quase todos os países do mundo se reunindo uma vez por ano em Genebra? Talvez o pensamento mais corrente seja o de que se trata apenas de mais um blá-blá-blá "nas alturas" e que não dá em nada, sem nenhuma relação com as "realidades locais".

Existe um profundo paradoxo entre a importância das Assembléias Mundiais da Saúde e a absoluta falta de divulgação que se nota no Brasil a respeito das discussões, deliberações e propostas dessas assembléias. Os mais importantes e polêmicos aspectos das políticas de saúde são abordados nessas reuniões e cabe aos representantes dos países e das mais variadas regiões do mundo contribuírem para que o nível das discussões seja elevado e que os interesses nacionais em relação às políticas sociais sejam efetivamente levados em consideração. É uma oportunidade ímpar para o intercâmbio de experiências e discussão com vistas à busca de soluções comuns ou alternativas de intervenção adequadas, em especial para os países em desenvolvimento.

O primeiro objetivo desta publicação é, portanto, tentar, com clareza e concisão, mostrar o que é a Organização Mundial da Saúde, quais são os seus pressupostos e processos de trabalho, para que ela existe e quais são as conseqüências de seus atos, deliberações e estudos em relação às políticas de saúde do mundo.

A Assembléia Mundial, realizada uma vez por ano, é um espelho da OMS, fórum onde as principais discussões acontecem, onde todas as forças e tensões políticas são evidenciadas. O embate entre o mundo desenvolvido e o mundo em desenvolvimento se faz sentir nitidamente nestes fóruns de discussão. Da mesma maneira surgem explicitamente as contradições entre políticas sociais e políticas econômicas. As alianças circunstanciais que surgem e que nem sempre são motivadas por interesses convergentes, permitem explicitar realidades nacionais completamente diferentes entre si, mas que podem utilizar experiências inovadoras ou estabelecer mecanismos de cooperação mais permanentes. Esse verdadeiro 'Clube das Nações' deve se transformar em espaço de deliberações a serem propostas para a Organização Mundial da Saúde e para o encaminhamento das respostas e dos recursos dos países membros aos desafios hoje colocados nos grandes problemas de saúde que a população mundial enfrenta.

Um esforço adicional de nossa parte é relacionar os principais eixos temáticos desta mais recente AMS com nossas políticas nacionais nas respectivas áreas. A redação do Radis mergulhou profundamente num mar de documentos, resoluções, ensaios e textos preparatórios e finais da OMS, classificando-os e ordenando-os de forma a extrair desse material, por vezes excessivamente técnico, um fio de meada que pudesse ser facilmente seguido por leitores desabituados a esta linguagem. Isso foi só a primeira parte do processo de produção da revista. A partir daí, foram realizadas longas entrevistas – pessoalmente, na maioria das vezes, mas também por telefone e e-mails – com as pessoas que fizeram parte da delegação brasileira, responsáveis por áreas temáticas, visando a esclarecer ainda mais os processos de trabalho e também dar vida e colorido às letras frias e áridas dos documentos oficiais.

A medida do sucesso desta TEMA é a possibilidade de apropriação, por parte da sociedade, de mais esse instrumento de intervenção e controle social, na medida em que se reconhece que as discussões "nas alturas" podem vir a determinar decisivamente a vida cotidiana de muitas populações. Por essa razão, é necessário que tais discussões sejam conhecidas, compartilhadas e, em última instância, norteadas por essas mesmas populações.

Jorge Bermudez
DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP/ FIOCRUZ)

Rogério Lannes Rocha
COORDENADOR DO RADIS

Num restaurante em São Francisco, Estados Unidos, estavam três médicos: um chinês, um norueguês e um brasileiro... Parece piada, mas não é. Trata-se simplesmente do começo da história da Organização Mundial da Saúde (OMS), contada pelo Dr. Szeming Sze, médico da delegação chinesa na conferência convocada para traçar o esboço da Constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945.

Em entrevista publicada no site da OMS, Dr. Sze lembra como uma idéia meio maluca, surgida durante um almoço informal entre os três únicos médicos presentes na conferência – ele, o brasileiro Geraldo de Paula Souza e o norueguês Karl Evang – tornou-se realidade.

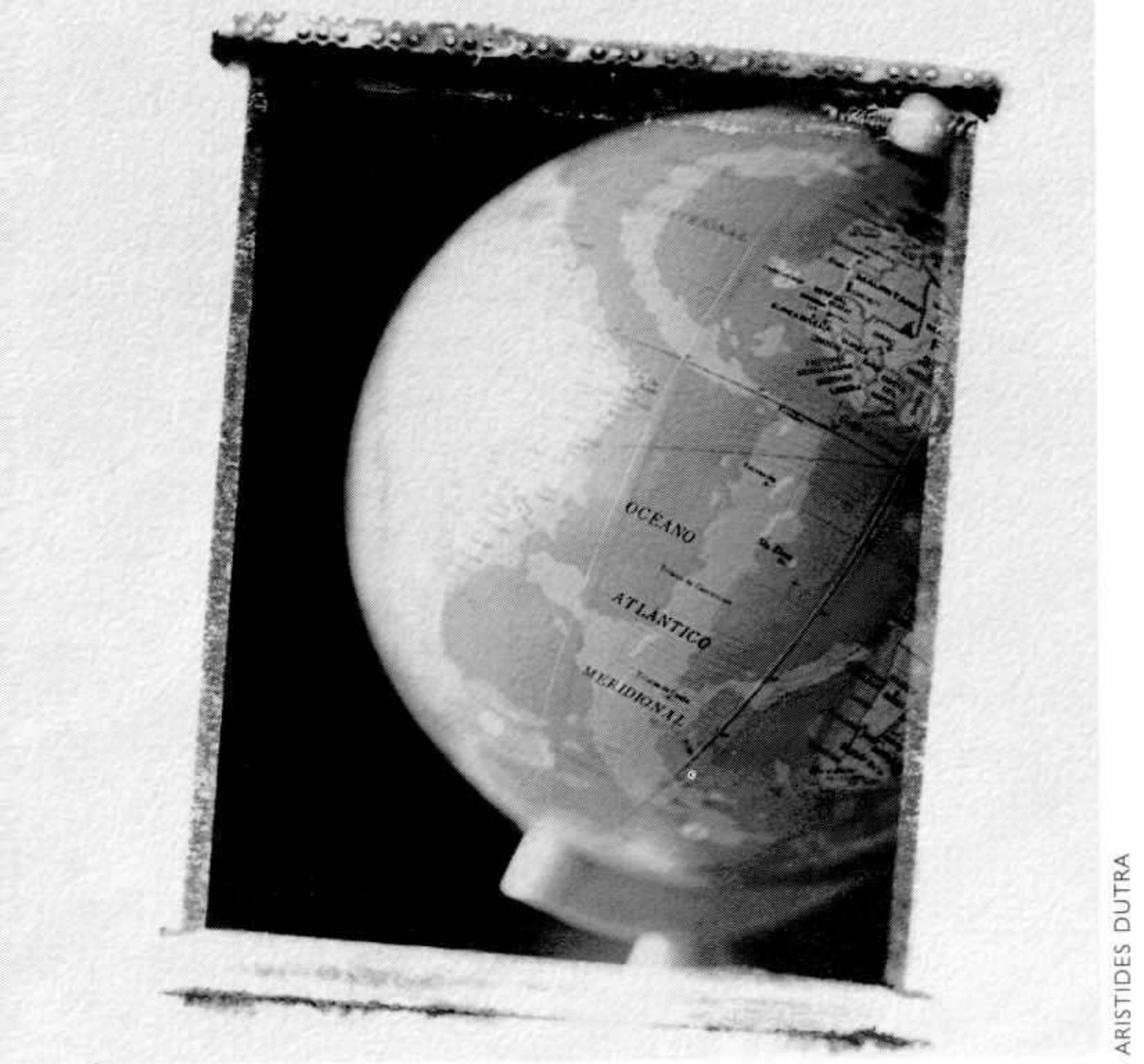
"Por que nós não criamos uma nova organização de saúde?", perguntou o Dr. Evang. Meio céticos a princípio, os outros dois acabaram contagiados pelo entusiasmo do norueguês e resolveram agir.

A proposta não era para se criar apenas mais uma organização de saúde, como outras que já existiam, mas para se estabelecer uma única organização mundial de saúde. Não seria fácil juntar as diversas e tão diferentes organizações existentes na época, mas isso seria um problema a ser resolvido posteriormente. Em primeiro lugar, era preciso 'vender a idéia' à conferência, convocada para tratar da criação da ONU e cuja tumultuada agenda não permitia brechas para se tratar de questões de saúde. As dificuldades quase tornaram a missão impossível e o desânimo tomou conta do grupo, principalmente quando o Dr. Evang precisou retornar à Noruega antes de a conferência terminar.

Quando tudo parecia acabado, uma nova expectativa surgiu a partir de uma idéia do Dr. Paula Souza: "Por que não propomos que a palavra 'saúde' seja inserida na constituição da ONU?". Na cabeça dos médicos, isso certamente abriria espaço para discussões sobre o tema e obrigaria a ONU a criar uma organização de saúde. A delegação brasileira cumpriu seu papel e conseguiu aprovar a proposta que inseria o termo na Constituição da Organização das Nações Unidas.

O passo foi decisivo, mas não bastava. Era preciso convocar outra conferência para tratar especificamente da tão sonhada organização e não havia tempo hábil para uma resolução da assembléia sobre o assunto. Mais uma vez, a solução do problema surgiu de onde menos se esperava. Durante um jantar, Dr. Zse comentou o fato com o Secretário Geral da Conferência, sr. Alger Hiss, e perguntou o que poderia ser feito. A resposta veio na hora: "É muito simples. Em vez de apresentar uma resolução, faça uma declaração". Assim foi feito e uma declaração conjunta dos governos brasileiro e chinês, aprovada por unanimidade pela Conferência, obrigou a ONU a assumir definitivamente a criação de um órgão que tratasse da saúde em nível mundial.

A esperada Conferência Sanitária Internacional acabou ocorrendo entre 19 e 22 de junho de 1946, em Nova Iorque, com a participação de representantes de 61 países. Nela foi traçado o primeiro esboço da constituição da organização, assinado em 22 de julho do mesmo ano e que entrou em vigor no dia 7 de abril de 1948, data oficial da fundação da OMS (World Health Organization – WHO).



ARISTIDES DUTRA

introdução

A missão da OMS e os objetivos da Assembléia Mundial da Saúde

Ana Beatriz de Noronha

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem por missão institucional levar toda a população do mundo ao mais alto nível de saúde possível, definindo saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades". Para levar adiante essa missão, a OMS atua na direção e coordenação das ações mundiais de saúde, promovendo, entre outras coisas, a cooperação técnica entre os países; assistência aos governos no fortalecimento de seus serviços de saúde; auxílio em caso de calamidades e situações de emergência; apoio na prevenção e no controle de epidemias, endemias e outras doenças; melhorias nas condições de nutrição, habitação, saneamento, recreação, trabalho e em qualquer outro aspecto que afete a saúde. Além disso, a OMS financia e coordena pesquisas na área de saúde e estabelece parâmetros e normas internacionais para a formação profissional, para a fabricação de produtos farmacêuticos e para a realização de procedimentos médicos.

A OMS, que tem sede em Genebra, na Suíça, e seis escritórios regionais – dentre eles a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) –, é uma agência guia em termos de saúde, mantida financeiramente com recursos provenientes de doações e da contribuição anual obrigatória dos países membros e dos membros associados (escritórios regionais e outros organismos intergovernamentais). Atualmente, o orçamento anual da OMS gira em torno de US$ 2 bilhões.

Com cerca de quatro mil funcionários – 30% lotados nos países, 40% nos escritórios regionais e os 30% restantes na sede –, a OMS funciona, segundo José Marco Nogueira Viana, diplomata e chefe da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde, como um clube, cujos sócios são os 191 países membros que participam anualmente da Assembléia Mundial da Saúde (AMS), realizada geralmente no mês de maio. Para administrar o 'clube' e seguir instruções determinadas por eles, os 'sócios' elegem um diretor geral – o 'presidente do clube' – e representantes para formar o Conselho Executivo – a 'diretoria do clube'.

O diretor geral é eleito pelo Conselho, a partir de candidatos apresentados pelos países, e a eleição é homologada pela Assembléia. Seu mandato dura cinco anos, com direito a quantas reeleições a Assembléia desejar. O médico brasileiro Marcolino Gomes Candau, por exemplo, foi diretor geral da OMS de 1953 a 1973. Desde julho de 1998, o cargo é ocupado pela ex-primeira ministra norueguesa Gro Harlem Brundtland.

O Conselho Executivo é composto por representantes de 32 países. A cada ano, a Assembléia elege uma terça parte dos membros do grupo, para um mandato de três anos. A função do Conselho é dar efeito às decisões tomadas pela Assembléia e assessorá-la na tomada dessas decisões. Para isso, ele se reúne em Genebra duas vezes por ano: uma em janeiro, para decidir a pauta da próxima Assembléia e adotar resoluções que serão submetidas a ela, e outra logo após a realização da Assembléia para resolver assuntos administrativos. Em 2000, depois de um longo tempo afastado, o Brasil retornou ao Conselho Executivo, com a eleição de João Yunes, diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que permanecerá no cargo até 2003.

A Assembléia Mundial da Saúde, da qual participam delegados de todos os países membros, é, portanto, a instância decisória máxima da OMS. Com função deliberativa, a Assembléia determina, por voto, as políticas a serem seguidas pela Organização, supervisiona suas políticas financeiras e examina e aprova o projeto de pressupostos por programas para o ano seguinte. Além disso, analisa os informes do Conselho Executivo e retorna para este instruções sobre assuntos que requerem a adoção de medidas especiais, estudos e pesquisas mais elaborados ou novos informes.

Participam da Assembléia os ministros da saúde dos 191 países e todos, com exceção daqueles cujos países estão em débito com a OMS, têm direito a um voto na hora das decisões, que afetam direta (através de recursos técnicos e financeiros) ou indiretamente (sugerindo políticas de saúde) o rumo de cada país na área da saúde. Teoricamente, o voto do ministro dos Estados Unidos, maior contribuinte da OMS, tem o mesmo valor do voto de um ministro que só está na Assembléia para pedir recursos para o seu país. Na prática, porém, isso funciona de forma um pouco diferente, pois são poucos os países que podem se dar ao luxo de influenciar a agenda da Assembléia, sugerir a adoção de novas políticas e negociar acordos que possibilitem a aprovação de suas propostas.

– "Historicamente, a OMS sempre foi dominada pelos países mais desenvolvidos. Os demais apenas endossavam as propostas. Hoje, o quadro vem mudando um pouco e alguns países do Terceiro Mundo, como o Brasil, a Índia e a África do Sul já apresentam uma participação mais ativa. O Brasil, por exemplo, é o nono maior pagador da OMS e não precisa do dinheiro da Organização para levar adiante seus programas internos de

saúde. Ele é o que se chama de país doador de recursos e, por essa razão, pode 'falar' e impor propostas. Muitas vezes, como no caso da luta contra o tabaco, com a proibição da propaganda em rádio e TV, as políticas brasileiras estão muito à frente das adotadas pela Organização e acabam servindo de modelo para pressioná-la a tomar atitudes mais ousadas", explica Nogueira Viana.

A 54ª AMS

Os preparativos para a 54ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada de 14 a 22 de maio de 2001, começaram em janeiro, durante a 107ª Reunião do Conselho Executivo. Na reunião, foi aprovado o programa das sessões plenárias e os assuntos a serem discutidos tanto nas mesas redondas ministeriais quanto na 'Comissão A' – que trata das temáticas técnicas e sanitárias – e na 'Comissão B' – que trata de questões orçamentárias e administrativas.

Como sempre, após a definição da pauta e da data para a realização da Assembléia são tomadas as medidas de rotina: emissão de convites para os países membros e publicação de informes da diretoria sobre os temas escolhidos para que todos possam se preparar adequadamente.

No Brasil, a chegada do convite da OMS também dá início a um procedimento padrão: o Presidente da República baixa um decreto nomeando o Ministro da Saúde como chefe da delegação. A partir daí, num trabalho conjunto do Ministério da Saúde e do Itamaraty e seguindo uma tendência recente de valorizar a participação brasileira na AMS, são escolhidos os demais membros da missão entre especialistas nos temas a serem discutidos, diplomatas e membros do corpo permanente do Brasil na OMS.

O tamanho da delegação fica por conta de cada país. Alguns, por questões financeiras, enviam somente seu ministro da saúde. No caso brasileiro, além do ministro José Serra, foram indicadas 24 pessoas, prontas para defender as posições assumidas pelo governo em cada uma das esferas do evento. Para Nogueira Viana, a Assembléia é como um jogo de xadrez, onde qualquer movimento influencia o outro. Por esse motivo, o planejamento deve ser feito criteriosamente. É importante que o governo decida, juntamente com o corpo técnico da delegação, as propostas que serão apresentadas em nome do país e a posição que deve ser tomada em cada uma das reuniões sobre os temas escolhidos. O papel dos diplomatas é traçar as estratégias a serem usadas, descobrir possíveis aliados brasileiros em cada uma das questões, firmar alianças prévias e conduzir, durante a Assembléia, as negociações necessárias para a aprovação das propostas apresentadas.

Na Assembléia, todos devem estar atentos a tudo o que acontece. São diversas atividades simultâneas (reunião da Comissão A, da Comissão B, mesas redondas e plenária) e cada uma delas pode gerar novas perspectivas de trabalho. Se nas reuniões a participação dos técnicos é fundamental, nos bastidores quem decide é o pessoal do Itamaraty. "Tudo deve ser feito de forma pensada e em sigilo. Até o trato com a imprensa deve ser cuidadoso: uma notícia divulgada antes da hora pode prejudicar sensivelmente as negociações. Também é importante que os especialistas tenham respaldo político do governo para impor suas posições nos debates", conta o diplomata.

As expectativas brasileiras

Com uma participação que cresceu consideravelmente nos últimos três anos, o Brasil partiu para a 54ª AMS determinado a mostrar que se ainda há muito o que se fazer na área de saúde no país, também há muito que se faz por aqui que pode servir de exemplo a ser seguido pelo mundo.

A publicação, em junho de 2000, do relatório da OMS avaliando os serviços de saúde prestados à população de 191 países e colocando o Brasil em 125º lugar (*veja box na página seguinte*) era mais um estímulo para a delegação brasileira, que chegou à Assembléia com três resoluções, grandes projetos e preparada para muita dor de cabeça. Afinal, estava comprando briga com as poderosas indústrias de produtos para alimentação infantil – entre elas a suíça Nestlé – e de medicamentos.

Segundo análise de Nogueira Viana, no caso do aleitamento materno, a situação parecia tranqüila, apesar de a alteração no tempo de aleitamento exclusivo proposta pelo Brasil – de quatro para seis meses – ter enorme impacto para a indústria do aleitamento artificial. A discussão sobre o assunto começou na 53ª Assembléia e já havia um amplo estudo científico que endossava a resolução brasileira. Com relação às duas resoluções relativas a medicamentos, no entanto, o Brasil estava sozinho. Isso sem contar que a posição brasileira a respeito da Aids – de que prevenir a doença não é o bastante, mas que é preciso tratar as pessoas que já estão contaminadas – ia diretamente de encontro à posição norte-americana – de que a OMS deve estimular apenas programas de prevenção e deixar a responsabilidade da cura para os próprios doentes. A questão então era: se a Assembléia aceitasse a proposta apresentada pelo Brasil, a OMS seria obrigada a apoiar programas de produção de medicamentos a preços reduzidos para os países pobres. Seria uma briga de Davi contra Golias, que ainda teria ao seu lado o influente *lobby* da indústria farmacêutica.

A reunião

"Este é um ano de esperança". Com essa frase, a diretora geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, iniciou seu discurso na abertura da 54ª Assembléia Mundial de Saúde.

O otimismo, para ela, é plenamente justificado. Segundo suas próprias palavras, hoje, mais do que nunca, existe plena consciência de que a saúde é fundamental para o desenvolvimento das nações e que não se pode falar em desenvolvimento sem falar do compromisso de uma vida mais saudável para a população. Finalmente, segundo ela, a saúde conseguiu ocupar um lugar de destaque na imprensa, em debates públicos, assembléias populares e políticas governamentais. Outro motivo para comemorar é que os recursos prometidos começam a aparecer – as contribuições voluntárias para as atividades da OMS aumentaram 40% em 2000 – e a sociedade entende que a participação de todos é fundamental. Isso, é claro, sem falar na descoberta de novas vacinas e medicamentos, acessíveis a um número cada vez maior de pessoas. Para ela, "vivemos um momento sem precedentes para a saúde mundial e não podemos desperdiçar essa oportunidade".

Em seu comunicado, além de comentar sobre cada um dos temas a serem tratados pela Assembléia e de pedir a colaboração de todos, ela destacou a importância da elaboração de um programa geral de trabalho, para estabelecer as prioridades da OMS, e da aprovação do *Projeto*

Mesa-redonda: aliança global para a eliminação da hanseníase

de Orçamentos por Programas, para nortear as ações da Organização a curto prazo. A diretora também lembrou a necessidade de maiores investimentos em tecnologias da informação para que seja possível monitorar, em tempo real, como se dá a captação de recursos e de que maneira eles são utilizados, a fim de se estabelecer a correta relação entre os gastos efetuados e os resultados obtidos.

Se no discurso da diretora tudo parecia estar na mais perfeita ordem, na Assembléia o clima começou a esquentar já na apresentação das credenciais dos participantes. Repetindo uma rotina de vários anos, representantes dos países árabes – que não reconhecem a existência de um Estado Sionista – não aceitaram a credencial do ministro de Israel. Como sempre, depois de muita briga, a Assembléia votou e decidiu aceitar a participação do ministro israelense. O caso, segundo Nogueira Viana, já faz parte do anedotário do evento, mas serve para dar uma pequena amostra das grandes discussões que aconteceriam durante a semana. Outra velha 'piada' ficou por conta da delegação do Peru, que, como faz todos os anos, tornou a propor que Taiwan fizesse parte da OMS. Por que o Peru? Ninguém tem a menor idéia.

De acordo com a pauta determinada, em janeiro, pelo Conselho Executivo, a 'Comissão A' ficou encarregada de analisar oito subpontos referentes a questões de saúde: alimentação do lactante e da criança; promoção à saúde; enfermidades transmissíveis; luta contra a esquistossomose; segurança sanitária mundial; fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais; convênio marco para a luta contra o tabaco; HIV/Aids; erradicação do vírus da varíola (que só existe em laboratório); e a estratégia revisada em matéria de medicamentos. Além disso, caberia à comissão analisar o Projeto deOrçamentos por Programas para o biênio 2002/2003.

Para a 'Comissão B', além dos assuntos financeiros e administrativos de praxe, foram definidas duas outras questões: a situação da população árabe nos territórios ocupados, incluída a Palestina, e a colaboração dentro do sistema das Nações Unidas e com outras organizações intergovernamentais.

Nas mesas redondas ministeriais, prática introduzida na 52ª AMS, a discussão seria sobre 'Saúde Mental' , um tema considerado chave pela OMS e que também será objeto do *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, a ser publicado em outubro deste ano.

Segundo parecer do Conselho, a Assembléia deveria aprovar ainda a *Classificação Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde* (CIDDM-2), um novo documento a ser integrado à família de classificações da OMS.

Na agenda, havia alguns temas de consenso geral e alguns assuntos bastante polêmicos, dentre os quais as propostas brasileiras que iriam praticamente monopolizar as atenções das comissões e da plenária: extensão do tempo de amamentação de bebês exclusivamente com leite materno até os seis meses, com sérias repercussões nos códigos de comercialização de alimentos para lactantes; fabricação e venda de medicamentos mais baratos para as populações carentes, principalmente no caso de doenças como a Aids, quebrando, quando preciso, a patente dos laboratórios farmacêuticos; e a criação de um banco mundial de dados, disponibilizado pela OMS na Internet, com o preço de todos os genéricos e cópias fabricados no mundo para que os Estados mais pobres possam realizar suas compras de maneira mais racional e econômica.

Os destaques e resultados da Assembléia

O teor do discurso de Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas, proferido na cerimônia de abertura da 54ª AMS, foi o primeiro sinal de que a Aids seria um dos temas principais da Assembléia. A expectativa se confirmou e os debates sobre o assunto despertaram grande interesse entre os delegados. Relatos dos delegados de diversos países sobre o sofrimento humano e enormes prejuízos sociais causados pela enfermidade, bem como sobre experiências positivas e eficazes no combate à doença, acabaram facilitando a adoção, por consenso, de uma resolução sobre a

Relatório sobre a Saúde do Mundo 2000: o estopim da bomba

"A OMS avalia os sistemas de saúde do mundo". Com este título, num comunicado à imprensa mundial em 21 de junho de 2000, a OMS liberava para o público seu relatório anual sobre a saúde no mundo, cujo tema foi *Sistemas de saúde: para um melhor desempenho*.

A intenção da OMS, de comparar os sistemas de saúde dos 191 países membros a fim de monitorar seus desempenhos e propor melhorias, poderia ser considerada louvável, não fosse o resultado tão equivocado, segundo especialistas da área. A reação contra os resultados apresentados foi imediata e surgiram críticas de várias partes do mundo. Afinal, o que poderia ser dito de um relatório no qual o atendimento médico no Paraguai é considerado melhor do que no Uruguai e na Argentina ou que o sistema de saúde da Colômbia é visto como mais eficiente do que o do Canadá ou o da Alemanha?

No Brasil, cujo sistema de saúde foi classificado em 125º lugar do *ranking* geral, a revolta do ministro José Serra foi grande e sua queixa baseava-se no fato de o relatório apresentar comprovada inconsistência metodológica e grandes falhas conceituais. Para avaliar a satisfação dos usuários do SUS, por exemplo, a OMS entrevistou apenas trinta e três pessoas, e em geral não-usuários – inclusive o presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss. Isso pode ser considerado um erro gritante, pois nas diversas pesquisas feitas pelo Ministério da Saúde com os usuários do Sistema, o índice de aprovação chega a 85%. Além disso, somente cinco dos 191 países relacionados no *ranking* forneceram dados completos aos técnicos da OMS, incluindo o Brasil, o que levou a OMS a fazer suposições sobre a saúde, publicando-as como se fossem definitivas.

Segundo João Yunes, o ministro José Serra leu e analisou detalhadamente o relatório, ajudado pelo fato de que dois terços do trabalho baseavam-se em análises sócio-econômicas, assunto que ele domina. Isso foi suficiente para que o ministro questionasse os resultados apresentados.

– Mas a história é ainda anterior. Antes mesmo de o relatório sair, o ministro José Serra havia pedido uma reunião com a diretora da OMS, para dizer que o Brasil estava preocupado em saber que iria sair um relatório e que os ministros da maioria dos países desconheciam completamente o seu teor. O Serra falou: "Não sou contra relatórios, mas os países precisam ter conhecimento antes". É muito desagradável para uma agência intergovernamental como a OMS, que se divulguem dados de todos os países do mundo, sem que eles saibam ou participem. A metodologia tem que surgir de um consenso, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que ninguém discute, e não de uma caixa-preta. Nessa reunião com a Dra. Brundtland, ficou combinado que antes de o relatório ser liberado, o Brasil poderia analisá-lo calma e detalhadamente. O acordo não foi cumprido, porque alguém da Organização, algum tecnocrata, soltou as informações antes. Isso foi uma punhalada, e a resposta do ministro foi um ofício à direção da OMS – conta Yunes.

Em junho, o relatório foi divulgado e em setembro seria a reunião da OPAS, em Washington. O Brasil se preparou e enviou ofício a todos os países das Américas. Nessa reunião, frente a frente com o pessoal da OMS – que foi incapaz de rebater as críticas recebidas –, o Brasil propôs uma resolução de não permitir a continuação desse relatório enquanto os países não participassem das discussões sobre a metodologia. Isso teve um impacto muito grande, pois o ministro José Serra pediu que a OPAS intermediasse a situação junto à OMS. Em novembro, quando há uma espécie de 'retiro' do Comitê Executivo, com reuniões mais informais, o assunto veio à tona e a reação dos países, em geral, foi a mesma, igualmente contrária ao relatório, como lembra João Yunes:

– O representante da França, primeira coloca-

ampliação de resposta ao HIV/Aids.

A questão do tabaco também gerou muita discussão, mas, no final, a Assembléia conseguiu aprovar resoluções fundamentais para o estabelecimento do Convênio *Marco da Luta Antitabáquica*. Promoção da saúde, controle epidemiológico, reforma do *Regulamento Sanitário Internacional*, aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, todos os temas pautados acabaram gerando documentos importantes. A 54ª AMS cumpriu sua missão dentro do esperado e a surpreendente participação brasileira se transformou no grande destaque do evento. Além de apresentar três resoluções importantíssimas, a missão brasileira ainda participou ativamente de todas as discussões travadas. Isso sem contar o prêmio Sasakawa concedido a João Aprígio Guerra de Almeida, por seu trabalho como coordenador da Rede Nacional de Banco de Leite Humano.

"O Brasil foi o *enfant terrible* da Assembléia Mundial da Saúde", resumiu Cesar Victora, Professor de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e um dos três membros do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde (ACHR) da OMS encarregados de acompanhar o processo de revisão do relatório de avaliação dos sistemas de saúde.

"A Assembléia foi muito importante para o Brasil, também pelo que não aconteceu", concluiu Jarbas Barbosa, diretor do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e membro da delegação brasileira, referindo-se ao fato de o Brasil ter conseguido tirar da pauta, durante a reunião do Conselho, o item referente ao controvertido relatório da OMS do ano passado.

A própria inserção na agenda da Assembléia do tema 'medicamentos' já foi uma vitória brasileira, como conta João Yunes, representante brasileiro no Conselho Executivo da OMS e suplente do ministro José Serra na 54ª AMS:

– Em janeiro, na pauta do Conselho, havia um item sobre organizações não-governamentais e medicamentos. Aí, o Bermudez (Jorge Bermudez, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública e membro da delegação brasileira na 107ª reunião do Conselho Executivo e na 54ª AMS) aproveitou a palavra 'medicamentos' e entrou com uma resolução sobre o tema. Vários países vieram pedir que tirássemos a proposta feita e, a princípio, nós negamos. Depois, acabamos negociando uma estratégia: nós retiraríamos a resolução, se o Conselho pautasse o assunto para a AMS. Eles concordaram.

Na questão dos medicamentos, a estratégia brasileira foi a de abrir duas frentes de discussão: uma na reunião sobre Aids e outra na específica sobre medicamentos.

– No caso da Aids a coisa ficou feia, pois toda vez que o Brasil tentava levantar a questão, os Estados Unidos argumentavam que o assunto deveria ser discutido na reunião sobre Aids, a ser realizada em 25 de junho, na ONU. Por outro lado, quando interessava a eles, a mesma reunião era usada para justificar a tentativa de se chegar a um acordo ainda na Assembléia. O impasse chegou a um tal ponto que a discussão foi levada para uma reunião à parte, na qual estávamos, pelo lado brasileiro, eu e o Paulo Teixeira, coordenador nacional do Programa de DST/Aids, da Secretaria de Políticas de Saúde e do outro, uns 15 países. Foi uma briga desigual, mas nós conseguimos o apoio da União Européia e ganhamos a parada" – conta Nogueira Viana.

O apoio dos países europeus também foi fundamental para o Brasil emplacar suas propostas para a estratégia em termos de medicamentos. O debate sobre o assunto ocorreu num clima tenso, pois envolvia diretamente questões difíceis relativas a patentes, preços, direitos de propriedade industrial e direito ao acesso a medicamentos inócuos, exeqüíveis, eficazes e geralmente indispensáveis para a vida. O resultado foi que a proposta, apresentada inicialmente em nome do Brasil, sofreu pequenas modificações, ganhou a co-autoria da Suécia – representando a União Européia – e foi adotada, por consenso, com o nome de *Estratégia Farmacêutica da OMS*. Mais uma vez, Davi usou a cabeça e derrotou Golias.

da no ranking, falou que a imprensa do país deu risadas quando o relatório foi divulgado, "pois se esse é o melhor sistema de saúde", disseram os jornalistas, "que dirá os outros". Da ministra da Colômbia, cujo sistema de saúde foi qualificado como o melhor da região das Américas, eu ouvi: "Saiu esse negócio e agora eu não tenho recursos pra mais nada. O sistema de saúde da Colômbia não é nada disso". Depois disso, o GT-Fiocruz sobre Análise de Desempenho de Sistemas de Saúde, coordenado por Francisco Viacava, realizou, nos dias 14 e 15 de dezembro no Rio de Janeiro, um seminário internacional que reuniu técnicos do Canadá, dos Estados Unidos, da Espanha e de vários países da América Latina para discutir a metodologia empregada no relatório. Para surpresa de todos, os convidados (gente da pesada, de muita tradição na área) foram ainda mais radicais nas críticas ao relatório. O seminário gerou um novo documento e o Brasil formou uma massa crítica muito importante, principalmente na Fiocruz.

A reação brasileira, no entanto, não parou por aí. Já de olho na 54ª Assembléia Mundial da Saúde, o Brasil colocou o assunto na pauta da 107ª reunião do Conselho Executivo e conseguiu provar a inconsistência dos dados e o uso de fórmulas matemáticas equivocadas. O interesse do Conselho foi tão grande que se abriu um espaço para a apresentação do documento gerado no seminário do Rio. Segundo João Yunes, a apresentação foi um 'arraso' e resolveu o problema: o assunto não seria levado à Assembléia e a OMS assumiu o compromisso de não publicar a versão 2001 do relatório sem uma avaliação prévia dos resultados por parte dos ministros.

A OMS instituiu também um amplo processo de revisão metodológica do relatório que está sendo realizado com a consulta a técnicos de diversos países, em reuniões convocadas para tratar de cada um dos indicadores a serem utilizados futuramente. Um desses encontros foi realizado no Rio de Janeiro, de 27 a 29 de agosto e contou com a presença de vários pesquisadores da Fiocruz. Para garantir a lisura e a transparência do processo, a OMS formou ainda uma comissão com três membros do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde (ACHR), entre eles o brasileiro Cesar Victora.

Críticas bem fundamentadas

As queixas brasileiras não são fruto apenas da revolta pelo Brasil ter ficado tão mal colocado no ranking. As reclamações foram justificadas cientificamente. O artigo *Considerações Metodológicas sobre o Relatório 2000 da Organização Mundial de Saúde*, assinado por Alicia Domingues Ugá, Célia Maria de Almeida, Célia Landmann Szwarcwald, Cláudia Travassos, Francisco Viacava, José Mendes Ribeiro, Nilson do Rosário Costa, Paulo Buss e Silvia Porto, e publicado na edição de maio/junho dos Cadernos de Saúde Pública, da ENSP, traz uma cuidadosa e bem fundamentada análise dos cinco indicadores utilizados pela OMS para comparar e classificar o desempenho dos sistemas de saúde dos 191 países: nível global de saúde da população, desigualdade (ou disparidade) dentro da população, nível global de capacidade de resposta do sistema de saúde (uma combinação entre a satisfação dos usuários e o funcionamento do sistema), distribuição da capacidade de resposta junto à população (percepção de pessoas de diferentes níveis econômicos sobre o atendimento prestado pelo sistema de saúde) e distribuição da carga financeira do sistema de saúde na população (quem paga os custos). Para os autores, o relatório desempenhou um papel importante ao colocar na agenda da OMS o compromisso de monitorar o desempenho dos sistemas de saúde dos países. A forma inconsistente de sua elaboração e a utilização de metodologias de avaliação questionáveis cientificamente impõem, no entanto, uma criteriosa revisão metodológica.

Segundo o artigo, os principais problemas detectados foram: a escolha de indicadores individuais de desigualdade em saúde que desconsideram o perfil populacional; o controle inadequado do impacto das desigualdades sociais sobre o desempenho dos sistemas; a avaliação da responsabilidade dos sistemas, apenas parcialmente articulada aos direitos dos cidadãos; a ausência de dados para um grande número de países levando a diversas estimativas pouco consistentes; e a falta de transparência nos procedimentos metodológicos para o cálculo de alguns dos indicadores. Conclusão idêntica a que se chegou no seminário de dezembro e que deu origem a um segundo artigo, publicado na revista científica internacional Lancet, em maio de 2001.

ENTREVISTA:
João Yunes

Diretor da Faculdade de Saúde Pública e membro do Conselho Executivo da OMS

• *Caco Xavier e Ana Beatriz de Noronha*

"O Brasil chacoalhou a Assembléia"

Qual é a importância política de o Brasil ocupar um assento no Conselho Executivo da OMS?

É importante porque é o Conselho que pauta a agenda da Assembléia, propõe as políticas da OMS e realiza a primeira discussão técnica dos temas que vão à Assembléia. A importância política também é muito grande, já que é o Conselho que elege o futuro diretor ou diretora da OMS. Não é a primeira vez que o Brasil faz parte do Conselho Executivo, mas não é tão comum que isso aconteça.

Como o senhor avalia a participação brasileira na AMS?

Na última Assembléia, discutiu-se três temas em que o Brasil apresentou propostas para resoluções. Esta organização do Brasil, no sentido de melhorar sua atuação junto aos órgãos internacionais de saúde, é bem recente, começou efetivamente em 98. Eu trabalhei dez anos na OPAS – dois anos em Cuba e oito em Washington – e a participação do Brasil dava vergonha, era considerada uma viagem de turismo, onde os delegados iam lá, sentavam e não se preocupavam em fazer propaganda do que o Brasil estava fazendo, não liam os documentos, nada. Todos esperam muito do Brasil, por ser um país continental e por ter, em termos de saúde, avanços fantásticos que são pouco conhecidos lá fora. O ministro José Serra, porém, achou estratégico melhorar a situação do Brasil também nestes pólos internacionais. O que a gente fez, então? Pela primeira vez, de acordo com a pauta da OMS, elegemos como delegados, para compor a missão, pessoas relacionadas aos temas. Não é mais uma indicação política ou um prêmio de consolação para ir a Genebra. Eu tenho agido como coordenador dessa estratégia, por indicação do ministro, que é o chefe da delegação.

Quais são os estágios desse planejamento?

Antes do Conselho Diretivo da OPAS e da Assembléia, nós analisamos os documentos técnicos, fazemos observações e análises. Buscamos aproveitar os temas para fazer propaganda do que nosso país está fazendo na área e, sempre que possível, propor alguma coisa de interesse não só do Brasil, mas da região das Américas. Isso é um ovo de Colombo, mas dá trabalho. Nós precisamos estudar, discutir muito, fazemos reuniões antes, discutimos as estratégias e as intervenções. Outro processo inovador é que além de a gente se preparar tecnicamente aqui, há o trabalho do Itamarati, que convoca os países membros da OPAS e da OMS que têm embaixada ou representação em Brasília, para discutir as propostas do Brasil, para eles nos apoiarem. É um jogo de alianças prévio, que começou a ser costurado há uns dois anos. Com isso, o Brasil ganhou uma visibilidade incrível e muita respeitabilidade. Não se trata de uma participação meramente política.

Qual é o papel do Itamarati?

Eles têm um papel fundamental, essa aliança é fantástica. O Itamarati tem escola em negociação política internacional. Quando o Brasil não participava ativamente, as embaixadas indicavam alguém pra sentar lá, e era só. O vínculo sempre existiu, mas era muito frouxo. Essa fortaleza entre os setores é recente. As negociações complicadas pelas quais passamos só alcançaram sucesso por causa da atuação deles. Eles sabem os caminhos das pedras.

"Saindo uma resolução da OMS, os países ganham força para implementar algumas políticas necessárias. O pessoal sabe que é um processo de muita discussão, e todos respeitam essas resoluções."

A partir de que demandas o Conselho Executivo pauta os temas para a Assembléia?

A OMS tem uma demanda dos próprios países. Em segundo lugar, há demandas geradas durante as próprias Assembléias, que pautam temas para as próximas reuniões do Conselho.

Foi o que aconteceu com o tema do aleitamento materno, pautado na Assembléia anterior, não é?

Isso. Aleitamento materno é um exemplo belíssimo. Havia um documento sobre alimentação infantil, mas não havia propostas de resolução. O Brasil, então, apresentou uma proposta e foi uma zoeira, já que isso contrariava os hábitos dos trabalhos. As coisas eram meio cozinhadas. Então se dizia: "Tem que primeiro passar pelo Conselho Executivo". Como eu trabalhei no 'outro lado', interferi e perguntei quando é que os países que não faziam parte do Conselho teriam voz. Se era para simplesmente homologar as coisas, não precisavam enviar uma delegação completa, era só mandar um único representante e pronto, ou enviar o voto por e-mail. Os países subdesenvolvidos apoiaram a proposta do Brasil, e formou-se um grupo grande para discutir. Chegou-se à conclusão de que em dois dias não se conseguiria aprofundar o tema suficientemente e foi proposto que o assunto deveria ir ao Conselho Executivo, que aconteceu em janeiro deste ano. Então se formou um grupo de países só pra discutir o aleitamento, tendo o Brasil como líder. Todos os países aprovaram, com exceção dos Estados Unidos. Foi uma vitória muito bonita. O mesmo aconteceu no ano passado, quando não havia nada sobre medicamentos e conseguimos incluir uma proposta de resolução, através do tema da Aids.

As propostas de resolução apresentadas pelo Brasil são, então, em primeiro lugar políticas?

São políticas, mas com embasamento técnico. A negociação é política. Nessa última Assembléia apresentamos, como propostas do Brasil, resoluções para Alimentação Infantil e Aleitamento Materno, Medicamentos e Aids.

Como se deu a apresentação de proposta na área dos Medicamentos e Aids? Parece que o Brasil tomou outro 'atalho'

não habitual...

No ano passado, na 53ª AMS, sabíamos que não adiantava apresentar resolução para um tema que não estava em pauta. Mas havia, na área de Aids, um espaço para se falar de medicamentos. Modéstia à parte, essa idéia foi minha. Eu disse: "Vamos entrar por aqui". Foi outra zoeira, porque disseram que "o tema era Aids, não medicamentos". E nós dizíamos: "Tudo bem, vamos discutir Aids, então". Mas Aids é uma doença oportunista, e as pessoas morrem por causa da tuberculose, da pneumonia... e isso, claro, requer uma discussão sobre os medicamentos. Foi uma confusão enorme para discutir isso e no final saímos com uma proposta de resolução. Na assembléia seguinte, com o tema garantido na pauta, conseguimos entrar com outra resolução, que nos deu muita visibilidade, já que a participação brasileira foi manchete no New York Times e nos jornais da Europa. Disseram que o Brasil tinha chacoalhado a Organização Mundial da Saúde. Os Estados Unidos ficaram fulos da vida quando nós enfatizamos que medicamento é um direito da população e é um direito humano. Eles não consideram o acesso a medicamentos como um direito humano. É a lógica do mercado, e pronto.

Se o acesso a medicamentos é reconhecido como direito humano, a OMS tem até a obrigação de bancar.

Isso. E de bancar com enfoque público, de genéricos, e não ficar no mercado privado restrito, na economia de escala. Eles queriam que a gente retirasse a proposta e nós dissemos que não poderíamos. Todas essas coisas nós colocávamos no discurso do ministro, como sendo uma proposta de governo. Isso nos dá força, porque mesmo quando o ministro vai embora, nós dizemos: "Nós, da delegação, não temos como retirar uma proposta do governo brasileiro".

Há muito empenho do Brasil em apresentar propostas, em participar efetivamente, e vemos que não é nada simples aprová-las, que existem vários trâmites a serem cumpridos e acordos a serem costurados. Por que o Brasil considera tão importante ter as resoluções aprovadas? Qual é a importância para o próprio Brasil e para o mundo?

Em geral, a gente dá importância porque nossas políticas são valorizadas. É importante, em primeiro lugar, o país ter uma política que respalde as resoluções, pra poder ao menos entrar na discussão. Se não tiver políticas, nem adianta, porque não há marcos conceituais para se trabalhar os temas. Em relação à Aids e à alimentação infantil, por exemplo, o Brasil tem políticas explícitas muito avançadas. Isso é importante para se tentar influir no cenário internacional. A conseqüência é que as áreas técnicas do Brasil recebem muita força para implementarem essas políticas. É óbvio que, dependendo do país, e do ministro, os documentos da Assembléia chegam e vão direto pra gaveta. Mas países como o Canadá, Japão e outros levam as decisões muito a sério. Se o país não quiser fazer nada, nada acontece.

Pode-se dizer que as resoluções puxam políticas nos países mais pobres, ou mais incapazes tecnicamente?

Sim, é verdade. No caso dos medicamentos, por exemplo, o fato de o Brasil ter levantado a questão dos genéricos no tema da Aids foi bem visto pela Colômbia. O representante colombiano falou: "Por favor, é importante que, no documento de vocês, conste a palavra 'genéricos', porque isso vai me ajudar bastante. Eu tenho muita oposição, em meu país, para implantar qualquer coisa que diga respeito aos genéricos". Quer dizer, saindo uma resolução da OMS nesse sentido, ganha-se força para implementar algumas políticas necessárias. O pessoal sabe que é um processo de muita discussão, e todos respeitam resoluções da OMS.

Os Estados Unidos ficaram fulos da vida quando nós enfatizamos que medicamento é um direito da população e é um direito humano. Eles não consideram o acesso a medicamentos como um direito humano. É a lógica do mercado, e pronto.

Estas resoluções funcionam como guias para os países que vão buscar recursos na OMS? É necessário que eles estejam de certa forma 'alinhados' com os pressupostos das Assembléias?

É, funcionam como guias, mas as realidades de cada país são respeitadas, claro. Em geral, as propostas da OMS são propostas de consenso, que visam a fazer com que vários países se beneficiem. Mas a OMS, como a OPAS, têm orçamentos muito pequenos, e as contribuições se dão mais por meio de cooperações técnicas. Na verdade é isso que alguns países mais buscam. Quando eu trabalhei em Cuba, fiquei impressionado com o sistema que eles constróem tirando partido das cooperações técnicas. Os cubanos sabem da importância de se levar gente da Europa, do Japão, de se discutir tecnologias. Em termos de custos, para a OMS isso é quase nada. Mas em geral os países não reconhecem a importância dessas cooperações.

No quadro de contribuições da OMS, o Brasil está em nono lugar. Na hora de se negociar propostas, essa posição no ranking de cotistas influencia alguma coisa, ou as coisas são decididas mais por meio das alianças e da consistência das próprias propostas?

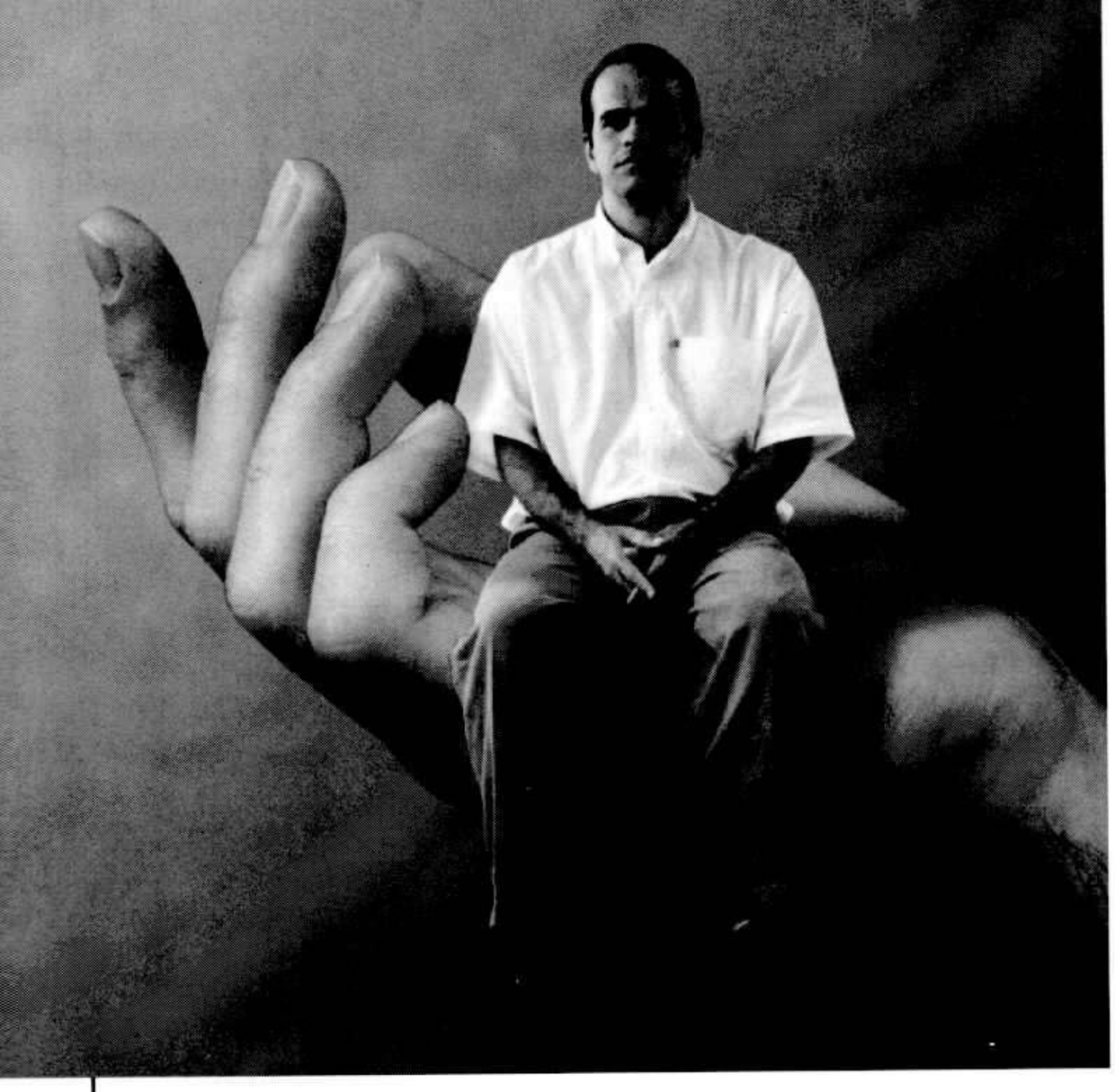
Tem países que são dependentes dos Estados Unidos, que votam segundo o voto deles. As cotas têm influência, sim, mas as alianças terminam por equilibrar as forças. E há propostas que são tão consensuais que não tem jeito, têm que ser aprovadas.

Nós gostaríamos de mostrar um pouco da Assembléia por dentro. Gostaríamos que o senhor falasse um pouco sobre as conversas de bastidores, sobre como as coisas acontecem fora das reuniões oficiais dos ministros e delegados.

Ah, tem um cafezinho lá que é famoso, onde o pessoal fica costurando os apoios... Mas eu estou aqui tentando lembrar com que intensidade isso acontece. Em geral, quando um país tem propostas, os acordos fortes são costurados antes da Assembléia. Já se chega lá com o resultado mais ou menos estabelecido. O que se consegue na hora são rápidos acordos de co-autorias, coisas assim.

Como estão os encaminhamentos para a próxima Assembléia? O Brasil agora está na obrigação de superar ou pelo menos igualar a performance deste ano, não é?

Enquanto não tivermos a pauta, estamos tranqüilos. Depois dela é que começa a agitação. A indicação da delegação brasileira também depende dos temas. O tabaco é um tema quente. O álcool também é, mas a força do lobby da indústria do álcool é uma coisa espantosa. Quanto à performance deste ano, uma coisa interessante é que até os técnicos da OMS vibraram com a participação brasileira. Eles vinham dizer pra gente que normalmente essas reuniões são muito *boring*, muito chatas, e que o Brasil deu uma vida à Assembléia, chacoalhou tudo. Mas se não tiver um respaldo político e um excelente embasamento técnico, repito, você é engolido e nada acontece.



Uma crise mundial que já dura 20 anos

"Vinte anos depois de surgir o primeiro caso de Aids, o vírus ainda constitui uma grande crise da saúde pública e do desenvolvimento social, assim como uma possível ameaça para os povos, em nível nacional e regional. Esta enfermidade se distingue de outras epidemias pela velocidade como se propaga e pela amplitude dos estragos que provoca em todo o mundo. Ela afeta não somente a vidas dos homens, mulheres e crianças, como também o desenvolvimento social e econômico". Este alerta foi enviado pela Secretaria da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao Conselho Executivo da 54ª Assembléia Mundial de Saúde (AMS), no início deste ano, com o objetivo de sensibilizar os países membros a buscarem respostas para o combate ao vírus.

Desde a 53ª Assembléia, que aconteceu no ano passado, a OMS vem pedindo uma resposta eficaz dos países quanto à questão. Por isso, iniciou uma série de consultas internas e de debates para cuidar exclusivamente da doença com outras organizações do sistema das Nações Unidas (ONU) envolvidas com o problema, principalmente com a Unaids, um programa criado pela ONU e co-patrocinado pela OMS (*veja o box na página 12*). As consultas foram encaminhadas em forma de documento para o Conselho Executivo da 54ª AMS.

O trabalho resultou, entre vários pontos, na apresentação estatística da situação da Aids no mundo. Segundo estimativas da ONU/OMS/Unaids, no final de 2000 havia 36,1 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da Aids e 21,8 milhões morreram por causa do HIV desde o início da epidemia. Em 16 países da África subsaariana, mais de 10% da população em idade reprodutiva já está infectada pelo HIV. E, em cada dez pacientes, nove estão em países pobres, sobretudo na África e na Ásia.

Outro fator grave é que o HIV tem atingido especialmente os jovens de ambos os sexos que iniciam sua vida sexual e afetado os setores mais produtivos da população, prejudicando o crescimento econômico e, muitas vezes, reduzindo a esperança de vida. Outro dado significativo é que a maioria dos infectados não sabe que carrega o HIV, pois os primeiros sintomas da doença podem se manifestar até depois de dez anos.

Os dados epidemiológicos reunidos pelas organizações ilustram claramente as grandes variações da epidemia do HIV e Aids no mundo: a transmissão heterossexual do HIV, por exemplo, predomina na África subsahariana e em algumas partes da Ásia; o consumo de drogas injetáveis é a modalidade principal de propagação do vírus na Europa Oriental e na Ásia Central; já a transmissão por relações sexuais entre homens predomina na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália, como também na América Latina e no Caribe.

Nota-se, portanto, que a transmissão do HIV está determinada pelo contexto social, econômico e cultural, aparecendo associada a comportamentos de risco. "Como não existe ainda cura nem vacina, a única solução para combater o HIV é a prevenção", aponta o relatório da OMS para a 54ª Assembléia Mundial de Saúde, acrescentando: "A prestação de assistência e o apoio aos infectados pelo vírus são elementos inseparáveis, que se aplicam como estratégias eficazes para lutar contra esta epidemia. Observa-se que onde não existem atividades de prevenção, a propagação da epidemia tem se acelerado".

A prevenção e a atenção aos portadores do vírus foram o ponto de partida para a discussão do HIV entre os países participantes da 54ª AMS. Reconhece a OMS: "As medidas de prevenção, como a prestação de orientação psicológica, ajudam a melhorar o acesso à atenção. A própria oferta de atenção é um dos principais pontos de entrada para as atividades voltadas à prevenção de nova contaminação".

Estima-se que somente 1% das pessoas sexualmente ativas tem recorrido aos serviços de orientação psicológica e realização voluntária de exames de detecção, que menos de 1%

das mulheres grávidas soropositivas tem se beneficiado das intervenções para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho e que somente entre 5% e 20% das pessoas que padecem de infecções de transmissão sexual curáveis e têm acesso a serviços de atenção à saúde recebem dedicação. Nos países em desenvolvimento, com exceção do Brasil e da Tailândia, só uma proporção muito pequena das pessoas infectadas recebe tratamento antiviral.

Por causa disso, os países reconhecem a importância da função que os grupos comunitários, as organizações não-governamentais e as associações de pessoas que vivem com HIV desempenham tanto na prestação de atenção quanto no apoio às atividades de prevenção, já que promovem a aceitação das pessoas com HIV e a redução das taxas de infecção entre seus integrantes.

Outro fator importante na prevenção e na atenção é a atuação do setor da saúde. Este pode ser um dos melhores veículos de informação, proporcionando atenção às pessoas que sabem que estão infectadas pelo HIV, demonstrando que não existem razões para o medo de se contrair a infecção no contato cotidiano.

A OMS, com o objetivo de apoiar os Estados Membros para elaborarem respostas mais efetivas ao HIV/Aids, anunciou, nesta última assembléia, as suas áreas de atuação prioritárias: a prevenção da transmissão do HIV entre os jovens, especialmente na saúde sexual e reprodutiva, estimando reduzir os casos de Aids em 25% até 2005; a prevenção e tratamento das infecções de transmissão sexual, identificando estratégias que acelerem o acesso a serviços de alta qualidade; a melhora da prestação de orientação psicológica e realização de exames de detecção; a prevenção da transmissão do HIV de mulheres gestantes para o filho; a prestação de assistência e apoio a pessoas que vivem com o HIV, inclusive o acesso aos medicamentos e ao tratamento antiviral; a atenção de casos das principais infecções oportunistas; a prestação de cuidados paliativos e de apoio psicológico e social; a seguridade hematológica com vista aos altos índices de pessoas morrendo por falta de sangue; a prestação de proteção e atenção aos agentes de saúde que também estão expostos ao vírus e aos grupos vulneráveis, como os usuários de drogas injetáveis e pessoas envolvidas com a prostituição; e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos que combatam o HIV.

Crise Mundial

É inegável: a Aids representa uma crise mundial, ameaçando o desenvolvimento social, a estabilidade política e a esperança de vida. Os países membros da OMS reconhecem que, por isso, é direito de todos o acesso, sem discriminação alguma, aos centros de saúde e tratamento, e que estes precisam buscar respostas mais eficazes no combate ao vírus, promovendo a prevenção em todas as áreas e oferecendo serviços e produtos de controle do vírus, como vacinas, preservativos e medicamentos.

A 54ª AMS reconhece, ainda, que os serviços e sistemas de saúde são essenciais na redução da Aids e que existem medicamentos baratos e eficazes para prevenir e tratar as infecções oportunistas. No entanto, a falta de produtos farmacêuticos acessíveis e de sistemas de saúde viáveis dificulta a articulação de uma resposta contra o HIV em muitos países, principalmente nos mais pobres. Onde há tratamento adequado, a mortalidade é reduzida e há um aumento de sobrevida das pessoas infectadas.

No que concerne aos esforços mundiais, a Assembléia reconheceu a importância da OMS e do Unaids na promoção da saúde, na prevenção da doença, na atenção e no tratamento, na organização de serviços, na difusão de informação de apoio para formulação de políticas de saúde e na melhora do acesso a medicamentos.

O resultado dos debates sobre a epidemia do HIV/Aids, durante a 54ª AMS, estabeleceu que cabem aos Estados membros os seguintes compromissos:

- Fazer do HIV uma das prioridades no programa de saúde e desenvolvimento e que se destinem recursos suficientes para o combate ao vírus.
- Adotar medidas eficazes para assegurar que todas as pessoas, em particular os jovens, saibam como evitar a infecção e facilitar o acesso aos serviços e métodos de prevenção, que devem ser a base dos programas.
- Criar alianças internacionais voltadas para o fortalecimento dos sistemas de atenção sanitária, dos programas de nutrição, dos programas de educação e informação e da concepção de medidas de prevenção, tratamento e atenção às pessoas que vivem com o vírus.
- Reconhecer a necessidade de ações contra a discriminação aos portadores do HIV.
- Buscar esforços para proporcionar, gradualmente, tratamento da Aids, com inclusão de profilaxias e de tratamento das infecções oportunistas.
- Formular políticas nacionais contra o HIV/Aids que incluam as pessoas infectadas.
- Desenvolver, em relação aos diferentes sistemas de saúde, modalidades de atenção apropriadas, como os serviços ambulatoriais, a atenção domiciliar e a atenção diurna, assegurando o sustento e qualidade de diagnóstico, o acompanhamento, a realização de provas, o tratamento e a prestação de apoio.
- Investir em pesquisas sociais e comportamentais relacionadas à Aids e ao desenvolvimento de novos enfoques e tecnologias de prevenção e cura, principalmente, de vacinas contra o vírus.
- Fazer tudo o que for possível para proporcionar apoio financeiro e de cooperação técnica a fim de que os Estados Membros ampliem suas ações no combate à epidemia.
- Ampliar o acesso a medicamentos, cooperando no fortalecimento das políticas e práticas farmacêuticas, sobretudo na produção de medicamentos genéricos. Aos Estados Membros cabe promover a inovação e o desenvolvimento de indústrias nacionais para este fim.
- Por fim, estabelecer um fundo mundial para a luta contra o HIV e para a saúde.

Cabe, ainda, à diretoria geral da OMS:

- Proporcionar aos Estados membros orientação normativa de alta qualidade em relação à saúde e apoio técnico integral para que os países possam intensificar suas ações contra a Aids.
- Prestar assistência no desenvolvimento e na aplicação de estratégias integrais de prevenção e atenção.
- Apoiar o desenvolvimento das capacidades e estruturas dos sistemas de saúde e proporcionar orientação e cooperação técnica para melhorar a prevenção, o tratamento clínico, atenção ambulatorial, a orientação e o apoio social e psicológico aos portadores do HIV.
- Impulsionar as investigações de vacinas contra o HIV, antibióticos e novos tratamentos contra a doença.

- Orientar e apoiar o desenvolvimento de ações capazes de identificar reações adversas aos medicamentos.
- Colaborar com a comunidade internacional e com os setores privados, a fim de ampliar a disponibilidade de medicamentos contra o HIV.
- Participar ativamente do desenvolvimento e do estabelecimento de um fundo mundial para a Aids e para a saúde.

Gro Brundtland: "É preciso mais esforços!"

"Nós, profissionais da saúde, temos que fazer mais para confrontar a epidemia do HIV e dar uma resposta às conseqüências da doença". A declaração é de Gro Harlem Brundtland, diretora geral da OMS, refletindo sobre os resultados da epidemia no mundo apresentados pelas Nações Unidas.

Em seu discurso, na 54ª AMS, Gro Brundtland diz que as Nações Unidas têm superado algumas diferenças para se chegar a um acordo. Vinte anos depois que o primeiro caso de Aids foi diagnosticado, várias organizações vêm ajudando os governos e a sociedade no combate ao vírus. Um novo compromisso político prevê uma importante plataforma para buscar uma resposta eficaz quanto a isso, tanto global quanto local.

– Organizações não-governamentais e entidades privadas têm se associado com governos e sociedade civil para incrementar o acesso a medidas de prevenção da infecção. Companhias farmacêuticas têm preparado reduções nos preços de medicamentos necessários no tratamento de pessoas infectadas, como também melhorado o acesso a medidas de prevenção na transmissão do vírus da mãe para o filho. Isso mostra que o acesso a tais medidas é essencial no confronto contra a Aids – relata a Diretora.

A doença é bastante preocupante e faz com que governos e entidades privadas aumentem seus investimentos em pesquisas de vacinas, diagnósticos e medicamentos efetivos contra a Aids. Nesta questão, vários países em desenvolvimento têm sugerido que precisam de recursos adicionais para tal fim.

Brundtland conclui: "Nós precisamos confirmar que nossos planos estão de acordo com a vida real para pessoas reais. Isto significa dizer que precisamos analisar as evidências, trabalhando juntos e encarando o maior desafio enfrentado por nossa sociedade".

Não basta prevenir, tem que tratar

Enquanto muitos países falavam sobre a prevenção da doença e sobre o controle da epidemia, o Brasil propôs não só a prevenção, mas também a assistência médica e psicológica aos infectados. Sustentando o lema "Não basta prevenir, tem que tratar", o país foi enfático na necessidade de se oferecer recursos de tratamento aos países pobres, que são os principais atingidos pela doença.

Mesmo sendo alvo de críticas de países desenvolvidos, o Brasil sempre manteve sua posição: fazer prevenção, organizar campanhas educativas e proporcionar tratamento. Segundo Jorge Bermudez, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e membro da delegação brasileira na AMS, quando o Brasil lançou o programa de tratamento do HIV com o coquetel AZT, em 1991, recebeu críticas das próprias Organizações das Nações Unidas, dizendo que o produto era muito caro e, por isso, os países em desenvolvimento deveriam enfatizar a prevenção e não o tratamento. No entanto, o Brasil priorizou tudo. Bermudez acrescenta:

– Nessa época, por causa da compra centralizada do medicamento em grandes quantidades e da produção nacional, o preço do AZT caiu bastante. O tratamento reduziu bastante os custos que o Brasil tinha com internação hospitalar e tratamento de doenças oportunistas associadas à Aids. Isso mostra que há o chamado custo-benefício quando se implementa o acesso a medicamentos pra todo mundo, melhorando também a qualidade de vida do paciente de HIV.

O reforço do Unaids

A Assembléia Mundial de Saúde de 1996 propôs a criação do Unaids, programa da ONU cujo objetivo é o combate à Aids. Atualmente, o Unaids é integrado por outras sete organizações das Nações Unidas – Fundação de Apoio à Criança (Unicef), Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP), Fundação de Apoio à População (UNFPA), Agência Mundial de Controle de Drogas e Prevenção ao Crime (UNDCP), Organização Mundial pela Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Banco Mundial (World Bank) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Unaids existe para reforçar e apoiar ações eficazes de prevenção da transmissão do HIV, prestar assistência aos países mais atingidos, reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos infectados e diminuir o impacto sócio-econômico da epidemia. Desde 1985, o problema da Aids estava sob responsabilidade exclusiva da OMS, que apoiava os países em programas nacionais de combate. Em 1990, o número de pessoas infectadas no mundo cresceu bastante e a epidemia causava um enorme impacto na sociedade e na própria economia dos países. Tornou-se urgente uma ação eficaz no combate e controle do vírus e seria difícil um só programa de apoio agindo para tal fim.

O programa, que pretende fortalecer, unir recursos e integrar uma rede de influência de cada uma das organizações, conta com um orçamento anual de US$ 60 milhões e uma equipe de 129 profissionais. O maior doador de recursos para o Unaids foram os Estados Unidos, em 1998, contribuindo com US$ 15 milhões, seguidos pelos governos da Holanda, Reino Unido, Suécia, Dinamarca e Noruega. Entre janeiro de 1998 e maio de 1999, o programa recebeu apoio de 87 países. Em 1999, já havia formado 132 grupos de apoio a 155 países.

Muitas organizações governamentais e não-governamentais de todo o mundo, grupos civis e religiosos e comunidades regionais e nacionais atingidas pelo vírus do HIV vêm trabalhando, atualmente, em conjunto com o Unaids, desenvolvendo projetos e fortalecendo alianças. Suas áreas prioritárias de atuação são: grupos de jovens sexualmente ativos e de pessoas vulneráveis ao vírus, como usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo; prevenção da transmissão do vírus da mãe para o filho; apoio e atenção às pessoas com Aids e aos países mais atingidos, como a África subsaariana; e desenvolvimento de vacinas.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

É preciso falar da AMS 2
Num restaurante em São Francisco... 3

INTRODUÇÃO

A missão da OMS e os objetivos da Assembléia Mundial da Saúde 4
Relatório sobre a Saúde do Mundo 2000: o estopim da bomba 6
Entrevista: João Yunes 8

AIDS

Uma crise mundial que já dura 20 anos 10
Entrevista: Paulo Teixeira 13

EPIDEMIOLOGIA

Uma questão de alto risco 14
Entrevista: Jarbas Barbosa 15

TABACO

Convênio Marco será assinado até 2003 16
Entrevista: Vera Costa e Silva 17

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Como medir a saúde do mundo? 18

MEDICAMENTOS

Direito de todos 19
Entrevista: Jorge Bermudez 20

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fortalecimento de um novo paradigma 22

SAÚDE MENTAL

"Cuidar sim, excluir não" 23
Entrevista: Jorge Alberto Costa e Silva 25

NUTRIÇÃO

AMS aprova proposta brasileira de aleitamento 26
Entrevista: João Aprígio de Almeida 28

METAS E ORÇAMENTO

Prioridades da OMS para o período de 2002 a 2005 30
Um diálogo imaginário 31
A OMS no mundo 32

É preciso falar da AMS

Jornais de todo o mundo noticiaram, com grande espanto, a importante participação brasileira na 54ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), instância deliberativa máxima da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrida em maio deste ano. Até mesmo pessoas acostumadas às discussões no cenário internacional da área da saúde não pouparam adjetivos e superlativos. "O Brasil chacoalhou a Assembléia". "O Brasil foi o *enfant terrible* da AMS". "Foi uma bomba". A força das sentenças não deixa dúvidas quanto ao impacto da participação da delegação brasileira, apenas uma entre 191 países.

A decisão de se fazer uma revista TEMA sobre o assunto nasceu do impacto dessa participação, evidentemente, mas isso foi só o começo. Nossa ambição é muito maior, e há uma intenção quase didática em realizá-la. Pouquíssimas pessoas – mesmo entre os profissionais da área da saúde – têm conhecimento do que sejam a OMS e a Assembléia, e do que elas significam. Ministros da Saúde e delegados de quase todos os países do mundo se reunindo uma vez por ano em Genebra? Talvez o pensamento mais corrente seja o de que se trata apenas de mais um blá-blá-blá "nas alturas" e que não dá em nada, sem nenhuma relação com as "realidades locais".

Existe um profundo paradoxo entre a importância das Assembléias Mundiais da Saúde e a absoluta falta de divulgação que se nota no Brasil a respeito das discussões, deliberações e propostas dessas assembléias. Os mais importantes e polêmicos aspectos das políticas de saúde são abordados nessas reuniões e cabe aos representantes dos países e das mais variadas regiões do mundo contribuírem para que o nível das discussões seja elevado e que os interesses nacionais em relação às políticas sociais sejam efetivamente levados em consideração. É uma oportunidade ímpar para o intercâmbio de experiências e discussão com vistas à busca de soluções comuns ou alternativas de intervenção adequadas, em especial para os países em desenvolvimento.

O primeiro objetivo desta publicação é, portanto, tentar, com clareza e concisão, mostrar o que é a Organização Mundial da Saúde, quais são os seus pressupostos e processos de trabalho, para que ela existe e quais são as conseqüências de seus atos, deliberações e estudos em relação às políticas de saúde do mundo.

A Assembléia Mundial, realizada uma vez por ano, é um espelho da OMS, fórum onde as principais discussões acontecem, onde todas as forças e tensões políticas são evidenciadas. O embate entre o mundo desenvolvido e o mundo em desenvolvimento se faz sentir nitidamente nestes fóruns de discussão. Da mesma maneira surgem explicitamente as contradições entre políticas sociais e políticas econômicas. As alianças circunstanciais que surgem e que nem sempre são motivadas por interesses convergentes, permitem explicitar realidades nacionais completamente diferentes entre si, mas que podem utilizar experiências inovadoras ou estabelecer mecanismos de cooperação mais permanentes. Esse verdadeiro 'Clube das Nações' deve se transformar em espaço de deliberações a serem propostas para a Organização Mundial da Saúde e para o encaminhamento das respostas e dos recursos dos países membros aos desafios hoje colocados nos grandes problemas de saúde que a população mundial enfrenta.

Um esforço adicional de nossa parte é relacionar os principais eixos temáticos desta mais recente AMS com nossas políticas nacionais nas respectivas áreas. A redação do Radis mergulhou profundamente num mar de documentos, resoluções, ensaios e textos preparatórios e finais da OMS, classificando-os e ordenando-os de forma a extrair desse material, por vezes excessivamente técnico, um fio de meada que pudesse ser facilmente seguido por leitores desabituados a esta linguagem. Isso foi só a primeira parte do processo de produção da revista. A partir daí, foram realizadas longas entrevistas – pessoalmente, na maioria das vezes, mas também por telefone e e-mails – com as pessoas que fizeram parte da delegação brasileira, responsáveis por áreas temáticas, visando a esclarecer ainda mais os processos de trabalho e também dar vida e colorido às letras frias e áridas dos documentos oficiais.

A medida do sucesso desta TEMA é a possibilidade de apropriação, por parte da sociedade, de mais esse instrumento de intervenção e controle social, na medida em que se reconhece que as discussões "nas alturas" podem vir a determinar decisivamente a vida cotidiana de muitas populações. Por essa razão, é necessário que tais discussões sejam conhecidas, compartilhadas e, em última instância, norteadas por essas mesmas populações.

Jorge Bermudez
DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP/ FIOCRUZ)

Rogério Lannes Rocha
COORDENADOR DO RADIS

Num restaurante em São Francisco, Estados Unidos, estavam três médicos: um chinês, um norueguês e um brasileiro...

Parece piada, mas não é. Trata-se simplesmente do começo da história da Organização Mundial da Saúde (OMS), contada pelo Dr. Szeming Sze, médico da delegação chinesa na conferência convocada para traçar o esboço da Constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945.

Em entrevista publicada no site da OMS, Dr. Sze lembra como uma idéia meio maluca, surgida durante um almoço informal entre os três únicos médicos presentes na conferência – ele, o brasileiro Geraldo de Paula Souza e o norueguês Karl Evang – tornou-se realidade.

"Por que nós não criamos uma nova organização de saúde?", perguntou o Dr. Evang. Meio céticos a princípio, os outros dois acabaram contagiados pelo entusiasmo do norueguês e resolveram agir.

A proposta não era para se criar apenas mais uma organização de saúde, como outras que já existiam, mas para se estabelecer uma única organização mundial de saúde. Não seria fácil juntar as diversas e tão diferentes organizações existentes na época, mas isso seria um problema a ser resolvido posteriormente. Em primeiro lugar, era preciso 'vender a idéia' à conferência, convocada para tratar da criação da ONU e cuja tumultuada agenda não permitia brechas para se tratar de questões de saúde. As dificuldades quase tornaram a missão impossível e o desânimo tomou conta do grupo, principalmente quando o Dr. Evang precisou retornar à Noruega antes de a conferência terminar.

Quando tudo parecia acabado, uma nova expectativa surgiu a partir de uma idéia do Dr. Paula Souza: "Por que não propomos que a palavra 'saúde' seja inserida na constituição da ONU?". Na cabeça dos médicos, isso certamente abriria espaço para discussões sobre o tema e obrigaria a ONU a criar uma organização de saúde. A delegação brasileira cumpriu seu papel e conseguiu aprovar a proposta que inseria o termo na Constituição da Organização das Nações Unidas.

O passo foi decisivo, mas não bastava. Era preciso convocar outra conferência para tratar especificamente da tão sonhada organização e não havia tempo hábil para uma resolução da assembléia sobre o assunto. Mais uma vez, a solução do problema surgiu de onde menos se esperava. Durante um jantar, Dr. Zse comentou o fato com o Secretário Geral da Conferência, sr. Alger Hiss, e perguntou o que poderia ser feito. A resposta veio na hora: "É muito simples. Em vez de apresentar uma resolução, faça uma declaração". Assim foi feito e uma declaração conjunta dos governos brasileiro e chinês, aprovada por unanimidade pela Conferência, obrigou a ONU a assumir definitivamente a criação de um órgão que tratasse da saúde em nível mundial.

A esperada Conferência Sanitária Internacional acabou ocorrendo entre 19 e 22 de junho de 1946, em Nova Iorque, com a participação de representantes de 61 países. Nela foi traçado o primeiro esboço da constituição da organização, assinado em 22 de julho do mesmo ano e que entrou em vigor no dia 7 de abril de 1948, data oficial da fundação da OMS (World Health Organization – WHO).

ENTREVISTA:
Jarbas Barbosa da Silva

Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa

◆ *Ana Beatriz de Noronha*

"A transparência é fundamental"

Com relação à epidemiologia, o que você destacaria na 54ª AMS?

Houve o informe sobre a avaliação do processo de eliminação do vírus da varíola. No mundo, existem dois locais onde ainda se pode encontrar o vírus em laboratório: a Rússia e os Estados Unidos. O vírus da varíola foi erradicado no mundo e a única maneira de voltar a haver varíola é se, acidentalmente, um desses vírus escapar. Na Assembléia de 1999, ficou decidida a erradicação desses vírus. A decisão, no entanto, acabou sendo prorrogada e foi nomeada uma comissão que está fazendo um levantamento *in loco* para avaliar, entre outras coisas, as condições de guarda do vírus. Na próxima Assembléia, será tomada a decisão definitiva sobre o assunto. Uma outra questão importante foi sobre o avanço global da erradicação da poliomielite. No Brasil, a pólio foi erradicada há 12 anos, mas ainda há muita poliomielite na África e na Ásia. Existe um compromisso mundial de erradicação da doença e aparentemente isso não nos diz respeito, mas diz: nós somos obrigados a manter, por exemplo, duas campanhas de vacinação por ano, além da vacinação de rotina e de uma vigilância epidemiológica muito intensa, por causa do risco de importar de países com os quais mantemos intercâmbio de pessoas e produtos.

E no caso da esquistossome? O Brasil foi nominalmente citado como um dos países que conseguiu reduzir drasticamente o número de casos.

Foi aprovada uma resolução sobre a necessidade de se garantir acesso das pessoas acometidas pela doença ao tratamento, ressaltando também a importância da melhoria das condições de saneamento como forma de evitar novos casos. Essas recomendações já estão sendo seguidas no Brasil com grande êxito. Além da ampliação do acesso aos medicamentos, vem sendo realizado um grande investimento para a melhoria das condições sanitárias domiciliares, na tentativa de se evitar que as pessoas tomem banho nos rios onde há o caramujo transmissor. Da mesma forma, numa mesa redonda sobre hanseníase foi reassumido um compromisso internacional para a eliminação da doença como um problema de saúde pública. O Brasil foi um dos países que fez essa experiência, integrando esse programa na área de atenção básica, e obteve resultados bastante positivos. Não há mais sustentabilidade de programas ultraverticalizados que colocam a hanseníase fora da rede de atenção básica. Esse tipo de abordagem fazia com que doenças com um tratamento prolongado, como é o caso da hanseníase, tivessem uma taxa de abandono de tratamento muito alta. Hoje, o que tem dado certo é o atendimento aos grupos de maior risco de maneira integrada com a sociedade. Isso me leva a crer, e foi dito na mesa redonda, que, mesmo com alguns problemas localizados – alguns estados do Nordeste e parte da região Norte –, nós teremos, em breve, uma redução significativa da prevalência de hanseníase no Brasil.

Qual é a importância da revisão do Regulamento Sanitário Internacional?

Na nossa visão e na de muitos outros países, o Regulamento Sanitário Internacional está completamente superado. Ele é de uma outra época e prevê somente a notificação de três doenças – a peste, a cólera e a febre amarela – deixando todas as outras de fora. Há uma comissão que vem trabalhando nessa revisão e a Assembléia foi importante porque deu caráter prioritário a esse processo e estabeleceu que, concluída a revisão no âmbito da saúde, vai haver um processo de discussão com a Organização Mundial de Comércio (OMC), pois a idéia do regulamento sanitário é oferecer a maior segurança possível à saúde com a menor redução possível no intercâmbio de pessoas e produtos.

O que significa, em termos de segurança sanitária, a mudança de 'notificação de doenças' para a 'notificação sindrômica'?

Isso tem a ver com o processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional. A diferença é que a síndrome torna o sistema mais sensível. Em vez de notificar um caso de febre amarela, por exemplo, notifica-se um caso de doença que causa icterícia, hemorragia e febre, mesmo antes de saber se é febre amarela ou outra doença. O Brasil se ofereceu para testar esse modelo e acha que é uma boa possibilidade, na dose adequada. O sistema hoje está muito pouco sensível, mas ele não pode ficar tão sensível que a todo momento a gente tenha um alerta sanitário internacional. Se isso acontecer, vai haver tantas ocorrências que vai acabar ficando banalizado. O importante é que os países se conscientizem que deve haver completa transparência nessa área. Nos dias de hoje, não é aceitável que um país omita a ocorrência de uma doença para não atrapalhar o turismo e o comércio. Em nível nacional, a vigilância sindrômica possibilita que se tome conhecimento mais precocemente dos problemas e se aja mais rapidamente para combatê-los.

Como podemos relacionar globalização e epidemiologia?

A globalização obriga os países a desenvolverem uma capacidade muito grande de proteger a sua população sem impor barreiras inadmissíveis à circulação de pessoas e mercadorias. Há algumas semanas, ocorreu um caso exemplar com o sarampo, doença que já está perto da erradicação no Brasil. Uma criança de quatro anos chegou a São Paulo, vinda do Japão (que ainda apresenta entre 100 e 200 mil casos por ano). Aqui, ela foi a uma festa da colônia japonesa. Alguns dias depois, foi levada a um posto de saúde e foi diagnosticado sarampo. Todos os que estavam na festa e no vôo foram identificados e vacinados. Com isso, o caso ficou restrito. Se a vigilância tivesse falhado, poderíamos ter tido um caso como o de 1997, quando tivemos cerca de 60 mil casos, com 60 mortes, numa epidemia que teve, provavelmente, origem na Itália. Não se pode impor barreiras e nem se testar todo mundo que viaja. Então, cada país precisa fortalecer muito a sua capacidade de vigilância sob pena de ficar a mercê de importação de vírus e bactérias ou de sofrer restrições comerciais. Na Índia, há uns dois anos, houve um boato sobre um surto de peste e o caso foi tratado com pouca transparência, gerando uma redução muito grande das importações de produtos indianos. A transparência tem que ser a maior possível e para isso é preciso ter capacidade de resposta.

E a pobreza trazida pela globalização?

Existem determinadas doenças cuja ocorrência está muito relacionada com as questões de desigualdade social. Aqui no Brasil, a nossa resposta a isso tem sido o monitoramento constante do fenômeno de desigualdade social no país. O que nós percebemos é que a implantação do SUS aumentou muito o acesso das pessoas à assistência básica. Mas é preciso ir além. É preciso monitorar as variações para que o Ministério da Saúde e a própria sociedade pensem em políticas capazes de reduzir os efeitos negativos da deterioração das condições de vida da população.

O Brasil já está pensando em algo para a próxima AMS?

Sem dúvida alguma, o Brasil vai insistir na questão dos medicamentos. Essa é uma grande batalha que o Ministério da Saúde vem travando dentro do país e a Assembléia se torna um fórum importante para discutir o assunto, pois você cria um consenso político e os organismos internacionais podem acabar sendo um contraponto muito importante para a lógica pura do mercado, que é a de ter o maior lucro possível com os medicamentos. A questão da erradicação da pólio também será retomada e isso é muito importante para nós, porque três ou quatro anos depois de erradicada a doença, a gente poderia suspender as campanhas de vacinação, destinando os recursos e o pessoal mobilizado para outras demandas de saúde igualmente importantes.

Convênio Marco será assinado até 2003

A luta antitabáquica na OMS ganhou força com a criação do Órgão Intergovernamental de Negociação (OIN), criado em 1999 pela 52ª Assembléia Mundial de Saúde para negociar o projeto de um *Convênio Marco para o Controle do Tabaco*.

"Esse órgão representa o primeiro processo dirigido pelos Estados membros, separadamente, à margem dos trabalhos da AMS", informou Gro Brundtland, diretora geral da OMS. O objetivo é que até 2003 o convênio seja assinado, regulando comércio, produção, distribuição e promoção do produto. "Esta é a primeira vez que elaboramos um tratado de direito internacional destinado a melhorar a saúde pública", concluiu.

O OIN reuniu-se esse ano para as primeiras negociações, presididas pelo embaixador do Brasil em Genebra, Celso Amorim. Para alguns países, as deliberações poderão afetar toda economia. No Zimbabue, por exemplo, o tabaco representa 30% do PIB, e no Brasil o setor emprega 2,2 milhões de pessoas. "Com a indústria de um lado, defendendo cem milhões de empregos no mundo, e o pessoal da saúde falando em milhares de mortos, o debate sobre o tratado acaba num embate econômico, moral e institucional", disse Amorim, durante a Convenção Mundial sobre o Controle do Tabaco, em maio desse ano.

Na Assembléia, as discussões basearam-se no relatório resultante dessas negociações, o *Texto Proposto para o Convênio Marco da Luta Antitabáquica*, preparado por um grupo de trabalho do Órgão Intergovernamental e lançado no início desse ano. Segundo o texto, o objetivo do convênio é propor um marco para as medidas da luta reduzindo o consumo e protegendo as gerações presentes e futuras contra as conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo do tabaco.

O texto, proposto pelo OIN e validado pela Assembléia, já pode ser considerado uma ferramenta para a formulação de políticas nos países. Ali já podem ser encontrados os princípios básicos e ações das atividades da luta antitabáquica.

Princípios básicos:

- Reduzir a repercussão atual e deter o crescimento do consumo do tabaco.
- Todos devem estar plenamente informados da natureza letal do consumo do tabaco, devendo proteger adequadamente os não-fumantes contra a exposição ao fumo de tabaco.
- Todos devem reconhecer a importância da cooperação técnica para ajudar a estabelecer a aplicar programas eficazes de luta antitabáquica nos países em que os recursos da saúde pública são limitados.
- Todos devem reconhecer a importância da assistência financeira para ajudar a realizar a transição econômica dos produtores e trabalhadores do setor do tabaco.

De acordo com o documento, uma das intervenções é a tributação do tabaco, que representa uma das mais efetivas medidas isoladas para reduzir o tabagismo. Um aumento de 10% no preço real dos produtos do tabaco pode vir a gerar um declínio de 4% do consumo nos países de alta renda e um declínio de 8% nos de renda baixa ou média.

A informação ao consumidor é outro ponto discutido no texto. Já se constatou que a divulgação pública de informações de saúde é eficaz nos países desenvolvidos, geralmente exercendo maior impacto quando os conhecimentos sobre efeitos na saúde são baixos. As restrições ao uso do fumo em lugares públicos e de trabalho geralmente são impostas para proteger os não-fumantes, mas avaliações realizadas no Canadá e nos Estados Unidos mostram que são extremamente eficazes na redução do consumo, proporcionando quedas de 4% a 10%.

Segundo o texto, uma ação eficaz na redução do uso, no que se refere à oferta, é o controle do contrabando de tabaco. Quase uma terça parte de todos os cigarros exportados é vendida como produto contrabandeado. A ampla disponibilidade de cigarros de contrabando enfraquece as políticas tributárias adotadas pelos governos para reduzir a demanda pelo consumo e priva os cofres públicos de receita fiscal.

A OMS adverte:

O tabaco é uma causa importante de mortalidade em todas as sociedades, crescendo com rapidez nos países em desenvolvimento. O consumo de cigarros é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história da humanidade. O mundo possui atualmente 1,1 bilhão de fumantes, sendo 800 milhões provenientes de países em desenvolvimento. O consumo do fumo atingiu a proporção de uma epidemia global, provocando, a cada ano, a morte de quatro milhões de pessoas em todo o mundo, ou seja, uma a cada oito segundos. A OMS registra mais de 60 mil pesquisas publicadas e reproduzidas em diversos lugares do mundo, comprovando a relação entre o consumo do cigarro e doenças graves como câncer de pulmão (90% dos casos), enfisema pulmonar (80%), infarto do miocárdio (25%), bronquite crônica e derrame cerebral.

Site: www.tobacco.who.int

INCA é referência nacional

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em conjunto com o Ministério da Saúde, vem implementando ações nos setores educativo, legislativo e econômico. Para que as ações atinjam a população em todo o território nacional, houve um processo de descentralização: a equipe federal capacita as equipes dos estados, que por sua vez capacitam as equipes dos municípios e essas fazem com que as ações cheguem à população, através das unidades de saúde, dos demais ambientes de trabalho e do *Programa de Saúde da Família*. Esse processo abarca 3.010 municípios, com 7.381 profissionais capacitados, o que significa que 60% dos municípios do país estão preparados para coordenar e desenvolver ações educativas pontuais e contínuas.

Outra iniciativa do INCA é o Programa *Saber Saúde do Controle do Tabagismo* e outros fatores de risco de Câncer. São 1.584 unidades com 100% dos professores capacitados, que recebem material de apoio e atendem a 27 mil profissionais e cerca de 600 mil alunos em dez estados. São 490 unidades de saúde capacitadas, envolvendo quatro mil profissionais de saúde e 1.708 locais de trabalho.

Site: www.inca.gov.br

ENTREVISTA:
Vera Costa e Silva

Coordenadora do Programa de Combate ao Tabagismo da OMS

◆ *Daniela Sophia*

"Os objetivos da indústria do tabaco e da OMS não são os mesmos"

Qual é a importância da Assembléia Mundial da Saúde (da OMS) e suas resoluções para os países participantes, especialmente para o Brasil?

No caso das ações de controle do uso do tabaco, as 18 resoluções da Assembléia Mundial de Saúde, adotadas desde 1970, cobrem uma grande gama de medidas, lançando as bases para que os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) trabalhem segundo objetivos comuns. O controle do tabagismo não se restringe apenas ao setor saúde e nem às fronteiras de cada país, o que pode ser observado no contrabando, publicidade e promoção de produtos do tabaco. Pela primeira vez na história da OMS, um tratado legal é negociado, com base em acordos não legais entre seus Estados membros, resultando nas negociações do *Convênio Marco para o Controle do Tabaco* (CMCT). O Brasil vem participando de forma ativa em todo este processo de negociação. A liderança do ministro José Serra no programa de controle do tabagismo do Brasil, reconhecida e admirada internacionalmente, foi aliada à escolha do embaixador brasileiro, Celso Nunes Amorim, para presidente do Órgão de Negociação Intergovernamental do CMCT.

Como está sendo enfrentada a questão do tabagismo na OMS e qual é a relação desse trabalho com os pressupostos gerais da OMS?

Com o estabelecimento da *Iniciativa Livre de Tabaco* (*Tobacco Free Initiative* – TFI), em meados de 1998, pela diretora geral da OMS, Dra. Gro Brundtland, as ações globais de controle do tabagismo tomaram um impulso jamais visto anteriormente. Novas estratégias foram sendo identificadas pela TFI, estimulando o envolvimento de outras organizações de forma inovadora e estabelecendo relações com outros setores, dando a dimensão multisetorial e interdisciplinar necessária à abordagem do tema. As inovações são muitas e há grandes mudanças de paradigma: a comunicação deve ser voltada para mudança de estilos de vida e não para vacinar ou oferecer algum exame ou remédio. A capacitação nacional passa pela montagem de uma estrutura que trabalha com outras áreas que não são de domínio do setor saúde, ou seja, economia, legislação, educação, entre outras.

Em que níveis se dão os enfrentamentos com as grandes indústrias de tabaco?

Obviamente os objetivos da OMS e da indústria do tabaco não são os mesmos: o objetivo da indústria do tabaco é vender produtos lesivos à população, que matam metade de seus usuários, enquanto a missão da OMS é a de salvar vidas e reduzir a morbidade por doenças. Em 1999, a Dra. Brundtland estabeleceu um *Comitê de Peritos Independentes Internacionais* para buscar evidências da influência da indústria do tabaco nas atividades globais de controle do tabagismo, seja no desenvolvimento de políticas, prioridades na área de pesquisa e financiamento. O relatório deste Comitê mostrou evidências irrefutáveis de que as indústrias viviam em guerra contra a OMS e a identificavam como um de seus maiores inimigos. O Comitê concluiu que a indústria do tabaco minou e reduziu as atividades de controle do tabagismo mundialmente, e fez então 58 recomendações para proteger a Organização das estratégias empregadas pela indústria do tabaco, que consistiam em *lobbies* junto a grupos e governos, infiltração de funcionários na OMS e em instituições de saúde pública, financiamento de linhas de pesquisa que desviassem a atenção da população para os reais malefícios do tabagismo e da fumaça do tabaco e pagamento de conhecidas revistas de saúde pública. Este relatório repercutiu mundialmente e descreditou a indústria do tabaco perante governos, instituições e a população, bem como suas tentativas de mostrar uma imagem responsável. Como decorrência destas recomendações, na 54ª AMS os Estados membros da OMS decidiram solicitar que esta emitisse relatórios periódicos sobre a influência da indústria nos países, o que passará a ser feito a partir deste ano.

Que resultados deste trabalho já podem ser evidenciados?

Um bom resultado é o estabelecimento de uma força interagencial de controle do uso do tabaco, liderada pelo secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, em 1999, que expandiu significativamente os horizontes para a colaboração multisetorial no sistema das Nações Unidas. Quinze agências das Nações Unidas, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial do Comércio participam desta força de trabalho. Um dos princípios do texto proposto para um convênio para a luta antitabáquica é o reconhecimento da necessidade de assistência financeira à transição econômica dos produtores e trabalhadores do setor.

Existem ações mais concretas já implementadas (ou em vias de implementação) por parte dos países envolvidos ou de organizações não-governamentais?

Na *Força Interagencial de Controle do Tabagismo*, a OMS vem trabalhando com a FAO (*Food and Agriculture Organization*) e o Banco Mundial nas questões de transição econômica. A proposta deste trabalho é a de explorar estratégias políticas voltadas para a redução da demanda por tabaco, levando em consideração a dependência econômica e social de certos países à produção de folhas de tabaco. Resultados preliminares destes estudos, realizados nos países grandes produtores de tabaco, entre eles o Brasil, serão conhecidos no final deste ano. Ele vai analisar o efeito da redução da demanda por tabaco em folha, na agricultura, emprego, ingressos familiares e acesso a alimentos, fazendo projeções da produção, consumo e comercialização internacionais de produtos do tabaco em diferentes cenários de controle do tabagismo. Os resultados deste e de outros estudos que também estão sendo realizados pela Organização Mundial do Trabalho, sobre empregos e alternativas de sustento, serão discutidos em um encontro organizado por nós em Kobe, Japão, em dezembro de 2001.

Qual é o maior problema que a luta antitabáquica enfrenta para cumprir esses pressupostos?

Mudar a consciência social sobre o tabaco, que é um produto que causa dependência, o que vem acontecendo em diversos países, incluído em diferentes estágios de sensibilização social. Mas esta consciência precisa se voltar para todos os estratos da sociedade, começando pelo setor saúde. Uma política voltada exclusivamente para a assistência tem custos cada vez mais altos. Outro desafio é o de mostrar que o controle de fatores de risco pode e deve ser abordado conjuntamente com os programas voltados para as doenças infecciosas. O terceiro desafio é o de fazer com que se identifique o programa de controle do tabagismo como um programa de alta complexidade, que envolve vários setores e segmentos da sociedade e que tem apenas um de seus inúmeros componentes enfocado por campanhas. O que necessitamos é não sermos vistos como 'cruzados', mas como especialistas da área de saúde pública.

Qual a é importância do Convênio Marco para a luta antitabáquica?

O *Convênio Marco de Controle do Uso do Tabaco* é a resposta global que permite soluções muitas vezes não possíveis em âmbito nacional. Ele entra como um complemento – e jamais como substituição – ao processo local, estadual e nacional. Após sua adoção e implementação, irá representar um componente importante de um ambiente regulador internacional para o controle do tabagismo, porque é o único instrumento disponível para desenvolver padrões globais legalmente constituídos.

saúde. Ele é o que se chama de país doador de recursos e, por essa razão, pode 'falar' e impor propostas. Muitas vezes, como no caso da luta contra o tabaco, com a proibição da propaganda em rádio e TV, as políticas brasileiras estão muito à frente das adotadas pela Organização e acabam servindo de modelo para pressioná-la a tomar atitudes mais ousadas", explica Nogueira Viana.

A 54ª AMS

Os preparativos para a 54ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada de 14 a 22 de maio de 2001, começaram em janeiro, durante a 107ª Reunião do Conselho Executivo. Na reunião, foi aprovado o programa das sessões plenárias e os assuntos a serem discutidos tanto nas mesas redondas ministeriais quanto na 'Comissão A' – que trata das temáticas técnicas e sanitárias – e na 'Comissão B' – que trata de questões orçamentárias e administrativas.

Como sempre, após a definição da pauta e da data para a realização da Assembléia são tomadas as medidas de rotina: emissão de convites para os países membros e publicação de informes da diretoria sobre os temas escolhidos para que todos possam se preparar adequadamente.

No Brasil, a chegada do convite da OMS também dá início a um procedimento padrão: o Presidente da República baixa um decreto nomeando o Ministro da Saúde como chefe da delegação. A partir daí, num trabalho conjunto do Ministério da Saúde e do Itamaraty e seguindo uma tendência recente de valorizar a participação brasileira na AMS, são escolhidos os demais membros da missão entre especialistas nos temas a serem discutidos, diplomatas e membros do corpo permanente do Brasil na OMS.

O tamanho da delegação fica por conta de cada país. Alguns, por questões financeiras, enviam somente seu ministro da saúde. No caso brasileiro, além do ministro José Serra, foram indicadas 24 pessoas, prontas para defender as posições assumidas pelo governo em cada uma das esferas do evento. Para Nogueira Viana, a Assembléia é como um jogo de xadrez, onde qualquer movimento influencia o outro. Por esse motivo, o planejamento deve ser feito criteriosamente. É importante que o governo decida, juntamente com o corpo técnico da delegação, as propostas que serão apresentadas em nome do país e a posição que deve ser tomada em cada uma das reuniões sobre os temas escolhidos. O papel dos diplomatas é traçar as estratégias a serem usadas, descobrir possíveis aliados brasileiros em cada uma das questões, firmar alianças prévias e conduzir, durante a Assembléia, as negociações necessárias para a aprovação das propostas apresentadas.

Na Assembléia, todos devem estar atentos a tudo o que acontece. São diversas atividades simultâneas (reunião da Comissão A, da Comissão B, mesas redondas e plenária) e cada uma delas pode gerar novas perspectivas de trabalho. Se nas reuniões a participação dos técnicos é fundamental, nos bastidores quem decide é o pessoal do Itamaraty. "Tudo deve ser feito de forma pensada e em sigilo. Até o trato com a imprensa deve ser cuidadoso: uma notícia divulgada antes da hora pode prejudicar sensivelmente as negociações. Também é importante que os especialistas tenham respaldo político do governo para impor suas posições nos debates", conta o diplomata.

As expectativas brasileiras

Com uma participação que cresceu consideravelmente nos últimos três anos, o Brasil partiu para a 54ª AMS determinado a mostrar que se ainda há muito o que se fazer na área de saúde no país, também há muito que se faz por aqui que pode servir de exemplo a ser seguido pelo mundo.

A publicação, em junho de 2000, do relatório da OMS avaliando os serviços de saúde prestados à população de 191 países e colocando o Brasil em 125º lugar (*veja box na página seguinte*) era mais um estímulo para a delegação brasileira, que chegou à Assembléia com três resoluções, grandes projetos e preparada para muita dor de cabeça. Afinal, estava comprando briga com as poderosas indústrias de produtos para alimentação infantil – entre elas a suíça Nestlé – e de medicamentos.

Segundo análise de Nogueira Viana, no caso do aleitamento materno, a situação parecia tranqüila, apesar de a alteração no tempo de aleitamento exclusivo proposta pelo Brasil – de quatro para seis meses – ter enorme impacto para a indústria do aleitamento artificial. A discussão sobre o assunto começou na 53ª Assembléia e já havia um amplo estudo científico que endossava a resolução brasileira. Com relação às duas resoluções relativas a medicamentos, no entanto, o Brasil estava sozinho. Isso sem contar que a posição brasileira a respeito da Aids – de que prevenir a doença não é o bastante, mas que é preciso tratar as pessoas que já estão contaminadas – ia diretamente de encontro à posição norte-americana – de que a OMS deve estimular apenas programas de prevenção e deixar a responsabilidade da cura para os próprios doentes. A questão então era: se a Assembléia aceitasse a proposta apresentada pelo Brasil, a OMS seria obrigada a apoiar programas de produção de medicamentos a preços reduzidos para os países pobres. Seria uma briga de Davi contra Golias, que ainda teria ao seu lado o influente *lobby* da indústria farmacêutica.

A reunião

"Este é um ano de esperança". Com essa frase, a diretora geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, iniciou seu discurso na abertura da 54ª Assembléia Mundial de Saúde.

O otimismo, para ela, é plenamente justificado. Segundo suas próprias palavras, hoje, mais do que nunca, existe plena consciência de que a saúde é fundamental para o desenvolvimento das nações e que não se pode falar em desenvolvimento sem falar do compromisso de uma vida mais saudável para a população. Finalmente, segundo ela, a saúde conseguiu ocupar um lugar de destaque na imprensa, em debates públicos, assembléias populares e políticas governamentais. Outro motivo para comemorar é que os recursos prometidos começam a aparecer – as contribuições voluntárias para as atividades da OMS aumentaram 40% em 2000 – e a sociedade entende que a participação de todos é fundamental. Isso, é claro, sem falar na descoberta de novas vacinas e medicamentos, acessíveis a um número cada vez maior de pessoas. Para ela, "vivemos um momento sem precedentes para a saúde mundial e não podemos desperdiçar essa oportunidade".

Em seu comunicado, além de comentar sobre cada um dos temas a serem tratados pela Assembléia e de pedir a colaboração de todos, ela destacou a importância da elaboração de um programa geral de trabalho, para estabelecer as prioridades da OMS, e da aprovação do *Projeto*

Mesa-redonda: aliança global para a eliminação da hanseníase

de Orçamentos por Programas, para nortear as ações da Organização a curto prazo. A diretora também lembrou a necessidade de maiores investimentos em tecnologias da informação para que seja possível monitorar, em tempo real, como se dá a captação de recursos e de que maneira eles são utilizados, a fim de se estabelecer a correta relação entre os gastos efetuados e os resultados obtidos.

Se no discurso da diretora tudo parecia estar na mais perfeita ordem, na Assembléia o clima começou a esquentar já na apresentação das credenciais dos participantes. Repetindo uma rotina de vários anos, representantes dos países árabes – que não reconhecem a existência de um Estado Sionista – não aceitaram a credencial do ministro de Israel. Como sempre, depois de muita briga, a Assembléia votou e decidiu aceitar a participação do ministro israelense. O caso, segundo Nogueira Viana, já faz parte do anedotário do evento, mas serve para dar uma pequena amostra das grandes discussões que aconteceriam durante a semana. Outra velha 'piada' ficou por conta da delegação do Peru, que, como faz todos os anos, tornou a propor que Taiwan fizesse parte da OMS. Por que o Peru? Ninguém tem a menor idéia.

De acordo com a pauta determinada, em janeiro, pelo Conselho Executivo, a 'Comissão A' ficou encarregada de analisar oito subpontos referentes a questões de saúde: alimentação do lactante e da criança; promoção à saúde; enfermidades transmissíveis; luta contra a esquistossomose; segurança sanitária mundial; fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais; convênio marco para a luta contra o tabaco; HIV/Aids; erradicação do vírus da varíola (que só existe em laboratório); e a estratégia revisada em matéria de medicamentos. Além disso, caberia à comissão analisar o Projeto deOrçamentos por Programas para o biênio 2002/2003.

Para a 'Comissão B', além dos assuntos financeiros e administrativos de praxe, foram definidas duas outras questões: a situação da população árabe nos territórios ocupados, incluída a Palestina, e a colaboração dentro do sistema das Nações Unidas e com outras organizações intergovernamentais.

Nas mesas redondas ministeriais, prática introduzida na 52ª AMS, a discussão seria sobre 'Saúde Mental' , um tema considerado chave pela OMS e que também será objeto do *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, a ser publicado em outubro deste ano.

Segundo parecer do Conselho, a Assembléia deveria aprovar ainda a *Classificação Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde* (CIDDM-2), um novo documento a ser integrado à família de classificações da OMS.

Na agenda, havia alguns temas de consenso geral e alguns assuntos bastante polêmicos, dentre os quais as propostas brasileiras que iriam praticamente monopolizar as atenções das comissões e da plenária: extensão do tempo de amamentação de bebês exclusivamente com leite materno até os seis meses, com sérias repercussões nos códigos de comercialização de alimentos para lactantes; fabricação e venda de medicamentos mais baratos para as populações carentes, principalmente no caso de doenças como a Aids, quebrando, quando preciso, a patente dos laboratórios farmacêuticos; e a criação de um banco mundial de dados, disponibilizado pela OMS na Internet, com o preço de todos os genéricos e cópias fabricados no mundo para que os Estados mais pobres possam realizar suas compras de maneira mais racional e econômica.

Os destaques e resultados da Assembléia

O teor do discurso de Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas, proferido na cerimônia de abertura da 54ª AMS, foi o primeiro sinal de que a Aids seria um dos temas principais da Assembléia. A expectativa se confirmou e os debates sobre o assunto despertaram grande interesse entre os delegados. Relatos dos delegados de diversos países sobre o sofrimento humano e enormes prejuízos sociais causados pela enfermidade, bem como sobre experiências positivas e eficazes no combate à doença, acabaram facilitando a adoção, por consenso, de uma resolução sobre a

Relatório sobre a Saúde do Mundo 2000: o estopim da bomba

"A OMS avalia os sistemas de saúde do mundo". Com este título, num comunicado à imprensa mundial em 21 de junho de 2000, a OMS liberava para o público seu relatório anual sobre a saúde no mundo, cujo tema foi *Sistemas de saúde: para um melhor desempenho*.

A intenção da OMS, de comparar os sistemas de saúde dos 191 países membros a fim de monitorar seus desempenhos e propor melhorias, poderia ser considerada louvável, não fosse o resultado tão equivocado, segundo especialistas da área. A reação contra os resultados apresentados foi imediata e surgiram críticas de várias partes do mundo. Afinal, o que poderia ser dito de um relatório no qual o atendimento médico no Paraguai é considerado melhor do que no Uruguai e na Argentina ou que o sistema de saúde da Colômbia é visto como mais eficiente do que o do Canadá ou o da Alemanha?

No Brasil, cujo sistema de saúde foi classificado em 125º lugar do *ranking* geral, a revolta do ministro José Serra foi grande e sua queixa baseava-se no fato de o relatório apresentar comprovada inconsistência metodológica e grandes falhas conceituais. Para avaliar a satisfação dos usuários do SUS, por exemplo, a OMS entrevistou apenas trinta e três pessoas, e em geral não-usuários – inclusive o presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss. Isso pode ser considerado um erro gritante, pois nas diversas pesquisas feitas pelo Ministério da Saúde com os usuários do Sistema, o índice de aprovação chega a 85%. Além disso, somente cinco dos 191 países relacionados no *ranking* forneceram dados completos aos técnicos da OMS, incluindo o Brasil, o que levou a OMS a fazer suposições sobre a saúde, publicando-as como se fossem definitivas.

Segundo João Yunes, o ministro José Serra leu e analisou detalhadamente o relatório, ajudado pelo fato de que dois terços do trabalho baseavam-se em análises sócio-econômicas, assunto que ele domina. Isso foi suficiente para que o ministro questionasse os resultados apresentados.

– Mas a história é ainda anterior. Antes mesmo de o relatório sair, o ministro José Serra havia pedido uma reunião com a diretora da OMS, para dizer que o Brasil estava preocupado em saber que iria sair um relatório e que os ministros da maioria dos países desconheciam completamente o seu teor. O Serra falou: "Não sou contra relatórios, mas os países precisam ter conhecimento antes". É muito desagradável para uma agência intergovernamental como a OMS, que se divulguem dados de todos os países do mundo, sem que eles saibam ou participem. A metodologia tem que surgir de um consenso, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que ninguém discute, e não de uma caixa-preta. Nessa reunião com a Dra. Brundtland, ficou combinado que antes de o relatório ser liberado, o Brasil poderia analisá-lo calma e detalhadamente. O acordo não foi cumprido, porque alguém da Organização, algum tecnocrata, soltou as informações antes. Isso foi uma punhalada, e a resposta do ministro foi um ofício à direção da OMS – conta Yunes.

Em junho, o relatório foi divulgado e em setembro seria a reunião da OPAS, em Washington. O Brasil se preparou e enviou ofício a todos os países das Américas. Nessa reunião, frente a frente com o pessoal da OMS – que foi incapaz de rebater as críticas recebidas –, o Brasil propôs uma resolução de não permitir a continuação desse relatório enquanto os países não participassem das discussões sobre a metodologia. Isso teve um impacto muito grande, pois o ministro José Serra pediu que a OPAS intermediasse a situação junto à OMS. Em novembro, quando há uma espécie de 'retiro' do Comitê Executivo, com reuniões mais informais, o assunto veio à tona e a reação dos países, em geral, foi a mesma, igualmente contrária ao relatório, como lembra João Yunes:

– O representante da França, primeira coloca-

ampliação de resposta ao HIV/Aids.

A questão do tabaco também gerou muita discussão, mas, no final, a Assembléia conseguiu aprovar resoluções fundamentais para o estabelecimento do Convênio *Marco da Luta Antitabáquica*. Promoção da saúde, controle epidemiológico, reforma do *Regulamento Sanitário Internacional*, aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, todos os temas pautados acabaram gerando documentos importantes. A 54ª AMS cumpriu sua missão dentro do esperado e a surpreendente participação brasileira se transformou no grande destaque do evento. Além de apresentar três resoluções importantíssimas, a missão brasileira ainda participou ativamente de todas as discussões travadas. Isso sem contar o prêmio Sasakawa concedido a João Aprígio Guerra de Almeida, por seu trabalho como coordenador da Rede Nacional de Banco de Leite Humano.

"O Brasil foi o *enfant terrible* da Assembléia Mundial da Saúde", resumiu Cesar Victora, Professor de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e um dos três membros do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde (ACHR) da OMS encarregados de acompanhar o processo de revisão do relatório de avaliação dos sistemas de saúde.

"A Assembléia foi muito importante para o Brasil, também pelo que não aconteceu", concluiu Jarbas Barbosa, diretor do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e membro da delegação brasileira, referindo-se ao fato de o Brasil ter conseguido tirar da pauta, durante a reunião do Conselho, o item referente ao controvertido relatório da OMS do ano passado.

A própria inserção na agenda da Assembléia do tema 'medicamentos' já foi uma vitória brasileira, como conta João Yunes, representante brasileiro no Conselho Executivo da OMS e suplente do ministro José Serra na 54ª AMS:

– Em janeiro, na pauta do Conselho, havia um item sobre organizações não-governamentais e medicamentos. Aí, o Bermudez (Jorge Bermudez, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública e membro da delegação brasileira na 107ª reunião do Conselho Executivo e na 54ª AMS) aproveitou a palavra 'medicamentos' e entrou com uma resolução sobre o tema. Vários países vieram pedir que tirássemos a proposta feita e, a princípio, nós negamos. Depois, acabamos negociando uma estratégia: nós retiraríamos a resolução, se o Conselho pautasse o assunto para a AMS. Eles concordaram.

Na questão dos medicamentos, a estratégia brasileira foi a de abrir duas frentes de discussão: uma na reunião sobre Aids e outra na específica sobre medicamentos.

– No caso da Aids a coisa ficou feia, pois toda vez que o Brasil tentava levantar a questão, os Estados Unidos argumentavam que o assunto deveria ser discutido na reunião sobre Aids, a ser realizada em 25 de junho, na ONU. Por outro lado, quando interessava a eles, a mesma reunião era usada para justificar a tentativa de se chegar a um acordo ainda na Assembléia. O impasse chegou a um tal ponto que a discussão foi levada para uma reunião à parte, na qual estávamos, pelo lado brasileiro, eu e o Paulo Teixeira, coordenador nacional do Programa de DST/Aids, da Secretaria de Políticas de Saúde e do outro, uns 15 países. Foi uma briga desigual, mas nós conseguimos o apoio da União Européia e ganhamos a parada" – conta Nogueira Viana.

O apoio dos países europeus também foi fundamental para o Brasil emplacar suas propostas para a estratégia em termos de medicamentos. O debate sobre o assunto ocorreu num clima tenso, pois envolvia diretamente questões difíceis relativas a patentes, preços, direitos de propriedade industrial e direito ao acesso a medicamentos inócuos, exeqüíveis, eficazes e geralmente indispensáveis para a vida. O resultado foi que a proposta, apresentada inicialmente em nome do Brasil, sofreu pequenas modificações, ganhou a co-autoria da Suécia – representando a União Européia – e foi adotada, por consenso, com o nome de *Estratégia Farmacêutica da OMS*. Mais uma vez, Davi usou a cabeça e derrotou Golias.

da no ranking, falou que a imprensa do país deu risadas quando o relatório foi divulgado, "pois se esse é o melhor sistema de saúde", disseram os jornalistas, "que dirá os outros". Da ministra da Colômbia, cujo sistema de saúde foi qualificado como o melhor da região das Américas, eu ouvi: "Saiu esse negócio e agora eu não tenho recursos pra mais nada. O sistema de saúde da Colômbia não é nada disso". Depois disso, o GT-Fiocruz sobre Análise de Desempenho de Sistemas de Saúde, coordenado por Francisco Viacava, realizou, nos dias 14 e 15 de dezembro no Rio de Janeiro, um seminário internacional que reuniu técnicos do Canadá, dos Estados Unidos, da Espanha e de vários países da América Latina para discutir a metodologia empregada no relatório. Para surpresa de todos, os convidados (gente da pesada, de muita tradição na área) foram ainda mais radicais nas críticas ao relatório. O seminário gerou um novo documento e o Brasil formou uma massa crítica muito importante, principalmente na Fiocruz.

A reação brasileira, no entanto, não parou por aí. Já de olho na 54ª Assembléia Mundial da Saúde, o Brasil colocou o assunto na pauta da 107ª reunião do Conselho Executivo e conseguiu provar a inconsistência dos dados e o uso de fórmulas matemáticas equivocadas. O interesse do Conselho foi tão grande que se abriu um espaço para a apresentação do documento gerado no seminário do Rio. Segundo João Yunes, a apresentação foi um 'arraso' e resolveu o problema: o assunto não seria levado à Assembléia e a OMS assumiu o compromisso de não publicar a versão 2001 do relatório sem uma avaliação prévia dos resultados por parte dos ministros.

A OMS instituiu também um amplo processo de revisão metodológica do relatório que está sendo realizado com a consulta a técnicos de diversos países, em reuniões convocadas para tratar de cada um dos indicadores a serem utilizados futuramente. Um desses encontros foi realizado no Rio de Janeiro, de 27 a 29 de agosto e contou com a presença de vários pesquisadores da Fiocruz. Para garantir a lisura e a transparência do processo, a OMS formou ainda uma comissão com três membros do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde (ACHR), entre eles o brasileiro Cesar Victora.

Críticas bem fundamentadas

As queixas brasileiras não são fruto apenas da revolta pelo Brasil ter ficado tão mal colocado no ranking. As reclamações foram justificadas cientificamente. O artigo *Considerações Metodológicas sobre o Relatório 2000 da Organização Mundial de Saúde*, assinado por Alicia Domingues Ugá, Célia Maria de Almeida, Célia Landmann Szwarcwald, Cláudia Travassos, Francisco Viacava, José Mendes Ribeiro, Nilson do Rosário Costa, Paulo Buss e Silvia Porto, e publicado na edição de maio/junho dos Cadernos de Saúde Pública, da ENSP, traz uma cuidadosa e bem fundamentada análise dos cinco indicadores utilizados pela OMS para comparar e classificar o desempenho dos sistemas de saúde dos 191 países: nível global de saúde da população, desigualdade (ou disparidade) dentro da população, nível global de capacidade de resposta do sistema de saúde (uma combinação entre a satisfação dos usuários e o funcionamento do sistema), distribuição da capacidade de resposta junto à população (percepção de pessoas de diferentes níveis econômicos sobre o atendimento prestado pelo sistema de saúde) e distribuição da carga financeira do sistema de saúde na população (quem paga os custos). Para os autores, o relatório desempenhou um papel importante ao colocar na agenda da OMS o compromisso de monitorar o desempenho dos sistemas de saúde dos países. A forma inconsistente de sua elaboração e a utilização de metodologias de avaliação questionáveis cientificamente impõem, no entanto, uma criteriosa revisão metodológica.

Segundo o artigo, os principais problemas detectados foram: a escolha de indicadores individuais de desigualdade em saúde que desconsideram o perfil populacional; o controle inadequado do impacto das desigualdades sociais sobre o desempenho dos sistemas; a avaliação da responsabilidade dos sistemas, apenas parcialmente articulada aos direitos dos cidadãos; a ausência de dados para um grande número de países levando a diversas estimativas pouco consistentes; e a falta de transparência nos procedimentos metodológicos para o cálculo de alguns dos indicadores. Conclusão idêntica a que se chegou no seminário de dezembro e que deu origem a um segundo artigo, publicado na revista científica internacional Lancet, em maio de 2001.

ENTREVISTA:
João Yunes

Diretor da Faculdade de Saúde Pública e membro do Conselho Executivo da OMS

• *Caco Xavier e Ana Beatriz de Noronha*

"O Brasil chacoalhou a Assembléia"

Qual é a importância política de o Brasil ocupar um assento no Conselho Executivo da OMS?

É importante porque é o Conselho que pauta a agenda da Assembléia, propõe as políticas da OMS e realiza a primeira discussão técnica dos temas que vão à Assembléia. A importância política também é muito grande, já que é o Conselho que elege o futuro diretor ou diretora da OMS. Não é a primeira vez que o Brasil faz parte do Conselho Executivo, mas não é tão comum que isso aconteça.

Como o senhor avalia a participação brasileira na AMS?

Na última Assembléia, discutiu-se três temas em que o Brasil apresentou propostas para resoluções. Esta organização do Brasil, no sentido de melhorar sua atuação junto aos órgãos internacionais de saúde, é bem recente, começou efetivamente em 98. Eu trabalhei dez anos na OPAS – dois anos em Cuba e oito em Washington – e a participação do Brasil dava vergonha, era considerada uma viagem de turismo, onde os delegados iam lá, sentavam e não se preocupavam em fazer propaganda do que o Brasil estava fazendo, não liam os documentos, nada. Todos esperam muito do Brasil, por ser um país continental e por ter, em termos de saúde, avanços fantásticos que são pouco conhecidos lá fora. O ministro José Serra, porém, achou estratégico melhorar a situação do Brasil também nestes pólos internacionais. O que a gente fez, então? Pela primeira vez, de acordo com a pauta da OMS, elegemos como delegados, para compor a missão, pessoas relacionadas aos temas. Não é mais uma indicação política ou um prêmio de consolação para ir a Genebra. Eu tenho agido como coordenador dessa estratégia, por indicação do ministro, que é o chefe da delegação.

Quais são os estágios desse planejamento?

Antes do Conselho Diretivo da OPAS e da Assembléia, nós analisamos os documentos técnicos, fazemos observações e análises. Buscamos aproveitar os temas para fazer propaganda do que nosso país está fazendo na área e, sempre que possível, propor alguma coisa de interesse não só do Brasil, mas da região das Américas. Isso é um ovo de Colombo, mas dá trabalho. Nós precisamos estudar, discutir muito, fazemos reuniões antes, discutimos as estratégias e as intervenções. Outro processo inovador é que além de a gente se preparar tecnicamente aqui, há o trabalho do Itamarati, que convoca os países membros da OPAS e da OMS que têm embaixada ou representação em Brasília, para discutir as propostas do Brasil, para eles nos apoiarem. É um jogo de alianças prévio, que começou a ser costurado há uns dois anos. Com isso, o Brasil ganhou uma visibilidade incrível e muita respeitabilidade. Não se trata de uma participação meramente política.

Qual é o papel do Itamarati?

Eles têm um papel fundamental, essa aliança é fantástica. O Itamarati tem escola em negociação política internacional. Quando o Brasil não participava ativamente, as embaixadas indicavam alguém pra sentar lá, e era só. O vínculo sempre existiu, mas era muito frouxo. Essa fortaleza entre os setores é recente. As negociações complicadas pelas quais passamos só alcançaram sucesso por causa da atuação deles. Eles sabem os caminhos das pedras.

"Saindo uma resolução da OMS, os países ganham força para implementar algumas políticas necessárias. O pessoal sabe que é um processo de muita discussão, e todos respeitam essas resoluções."

A partir de que demandas o Conselho Executivo pauta os temas para a Assembléia?

A OMS tem uma demanda dos próprios países. Em segundo lugar, há demandas geradas durante as próprias Assembléias, que pautam temas para as próximas reuniões do Conselho.

Foi o que aconteceu com o tema do aleitamento materno, pautado na Assembléia anterior, não é?

Isso. Aleitamento materno é um exemplo belíssimo. Havia um documento sobre alimentação infantil, mas não havia propostas de resolução. O Brasil, então, apresentou uma proposta e foi uma zoeira, já que isso contrariava os hábitos dos trabalhos. As coisas eram meio cozinhadas. Então se dizia: "Tem que primeiro passar pelo Conselho Executivo". Como eu trabalhei no 'outro lado', interferi e perguntei quando é que os países que não faziam parte do Conselho teriam voz. Se era para simplesmente homologar as coisas, não precisavam enviar uma delegação completa, era só mandar um único representante e pronto, ou enviar o voto por e-mail. Os países subdesenvolvidos apoiaram a proposta do Brasil, e formou-se um grupo grande para discutir. Chegou-se à conclusão de que em dois dias não se conseguiria aprofundar o tema suficientemente e foi proposto que o assunto deveria ir ao Conselho Executivo, que aconteceu em janeiro deste ano. Então se formou um grupo de países só pra discutir o aleitamento, tendo o Brasil como líder. Todos os países aprovaram, com exceção dos Estados Unidos. Foi uma vitória muito bonita. O mesmo aconteceu no ano passado, quando não havia nada sobre medicamentos e conseguimos incluir uma proposta de resolução, através do tema da Aids.

As propostas de resolução apresentadas pelo Brasil são, então, em primeiro lugar políticas?

São políticas, mas com embasamento técnico. A negociação é política. Nessa última Assembléia apresentamos, como propostas do Brasil, resoluções para Alimentação Infantil e Aleitamento Materno, Medicamentos e Aids.

Como se deu a apresentação de proposta na área dos Medicamentos e Aids? Parece que o Brasil tomou outro 'atalho'

- Orientar e apoiar o desenvolvimento de ações capazes de identificar reações adversas aos medicamentos.
- Colaborar com a comunidade internacional e com os setores privados, a fim de ampliar a disponibilidade de medicamentos contra o HIV.
- Participar ativamente do desenvolvimento e do estabelecimento de um fundo mundial para a Aids e para a saúde.

Gro Brundtland: "É preciso mais esforços!"

"Nós, profissionais da saúde, temos que fazer mais para confrontar a epidemia do HIV e dar uma resposta às conseqüências da doença". A declaração é de Gro Harlem Brundtland, diretora geral da OMS, refletindo sobre os resultados da epidemia no mundo apresentados pelas Nações Unidas.

Em seu discurso, na 54ª AMS, Gro Brundtland diz que as Nações Unidas têm superado algumas diferenças para se chegar a um acordo. Vinte anos depois que o primeiro caso de Aids foi diagnosticado, várias organizações vêm ajudando os governos e a sociedade no combate ao vírus. Um novo compromisso político prevê uma importante plataforma para buscar uma resposta eficaz quanto a isso, tanto global quanto local.

– Organizações não-governamentais e entidades privadas têm se associado com governos e sociedade civil para incrementar o acesso a medidas de prevenção da infecção. Companhias farmacêuticas têm preparado reduções nos preços de medicamentos necessários no tratamento de pessoas infectadas, como também melhorado o acesso a medidas de prevenção na transmissão do vírus da mãe para o filho. Isso mostra que o acesso a tais medidas é essencial no confronto contra a Aids – relata a Diretora.

A doença é bastante preocupante e faz com que governos e entidades privadas aumentem seus investimentos em pesquisas de vacinas, diagnósticos e medicamentos efetivos contra a Aids. Nesta questão, vários países em desenvolvimento têm sugerido que precisam de recursos adicionais para tal fim.

Brundtland conclui: "Nós precisamos confirmar que nossos planos estão de acordo com a vida real para pessoas reais. Isto significa dizer que precisamos analisar as evidências, trabalhando juntos e encarando o maior desafio enfrentado por nossa sociedade".

Não basta prevenir, tem que tratar

Enquanto muitos países falavam sobre a prevenção da doença e sobre o controle da epidemia, o Brasil propôs não só a prevenção, mas também a assistência médica e psicológica aos infectados. Sustentando o lema "Não basta prevenir, tem que tratar", o país foi enfático na necessidade de se oferecer recursos de tratamento aos países pobres, que são os principais atingidos pela doença.

Mesmo sendo alvo de críticas de países desenvolvidos, o Brasil sempre manteve sua posição: fazer prevenção, organizar campanhas educativas e proporcionar tratamento. Segundo Jorge Bermudez, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e membro da delegação brasileira na AMS, quando o Brasil lançou o programa de tratamento do HIV com o coquetel AZT, em 1991, recebeu críticas das próprias Organizações das Nações Unidas, dizendo que o produto era muito caro e, por isso, os países em desenvolvimento deveriam enfatizar a prevenção e não o tratamento. No entanto, o Brasil priorizou tudo. Bermudez acrescenta:

– Nessa época, por causa da compra centralizada do medicamento em grandes quantidades e da produção nacional, o preço do AZT caiu bastante. O tratamento reduziu bastante os custos que o Brasil tinha com internação hospitalar e tratamento de doenças oportunistas associadas à Aids. Isso mostra que há o chamado custo-benefício quando se implementa o acesso a medicamentos pra todo mundo, melhorando também a qualidade de vida do paciente de HIV.

O reforço do Unaids

A Assembléia Mundial de Saúde de 1996 propôs a criação do Unaids, programa da ONU cujo objetivo é o combate à Aids. Atualmente, o Unaids é integrado por outras sete organizações das Nações Unidas – Fundação de Apoio à Criança (Unicef), Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP), Fundação de Apoio à População (UNFPA), Agência Mundial de Controle de Drogas e Prevenção ao Crime (UNDCP), Organização Mundial pela Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Banco Mundial (World Bank) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Unaids existe para reforçar e apoiar ações eficazes de prevenção da transmissão do HIV, prestar assistência aos países mais atingidos, reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos infectados e diminuir o impacto sócio-econômico da epidemia. Desde 1985, o problema da Aids estava sob responsabilidade exclusiva da OMS, que apoiava os países em programas nacionais de combate. Em 1990, o número de pessoas infectadas no mundo cresceu bastante e a epidemia causava um enorme impacto na sociedade e na própria economia dos países. Tornou-se urgente uma ação eficaz no combate e controle do vírus e seria difícil um só programa de apoio agindo para tal fim.

O programa, que pretende fortalecer, unir recursos e integrar uma rede de influência de cada uma das organizações, conta com um orçamento anual de US$ 60 milhões e uma equipe de 129 profissionais. O maior doador de recursos para o Unaids foram os Estados Unidos, em 1998, contribuindo com US$ 15 milhões, seguidos pelos governos da Holanda, Reino Unido, Suécia, Dinamarca e Noruega. Entre janeiro de 1998 e maio de 1999, o programa recebeu apoio de 87 países. Em 1999, já havia formado 132 grupos de apoio a 155 países.

Muitas organizações governamentais e não-governamentais de todo o mundo, grupos civis e religiosos e comunidades regionais e nacionais atingidas pelo vírus do HIV vêm trabalhando, atualmente, em conjunto com o Unaids, desenvolvendo projetos e fortalecendo alianças. Suas áreas prioritárias de atuação são: grupos de jovens sexualmente ativos e de pessoas vulneráveis ao vírus, como usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo; prevenção da transmissão do vírus da mãe para o filho; apoio e atenção às pessoas com Aids e aos países mais atingidos, como a África subsaariana; e desenvolvimento de vacinas.

Num restaurante em São Francisco, Estados Unidos, estavam três médicos: um chinês, um norueguês e um brasileiro...

Parece piada, mas não é. Trata-se simplesmente do começo da história da Organização Mundial da Saúde (OMS), contada pelo Dr. Szeming Sze,

médico da delegação chinesa na conferência convocada para traçar o esboço da Constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945.

Em entrevista publicada no site da OMS, Dr. Sze lembra como uma idéia meio maluca, surgida durante um almoço informal entre os três únicos médicos presentes na conferência – ele, o brasileiro Geraldo de Paula Souza e o norueguês Karl Evang – tornou-se realidade.

"Por que nós não criamos uma nova organização de saúde?", perguntou o Dr. Evang. Meio céticos a princípio, os outros dois acabaram contagiados pelo entusiasmo do norueguês e resolveram agir.

A proposta não era para se criar apenas mais uma organização de saúde, como outras que já existiam, mas para se estabelecer uma única organização mundial de saúde. Não seria fácil juntar as diversas e tão diferentes organizações existentes na época, mas isso seria um problema a ser resolvido posteriormente. Em primeiro lugar, era preciso 'vender a idéia' à conferência, convocada para tratar da criação da ONU e cuja tumultuada agenda não permitia brechas para se tratar de questões de saúde. As dificuldades quase tornaram a missão impossível e o desânimo tomou conta do grupo, principalmente quando o Dr. Evang precisou retornar à Noruega antes de a conferência terminar.

Quando tudo parecia acabado, uma nova expectativa surgiu a partir de uma idéia do Dr. Paula Souza: "Por que não propomos que a palavra 'saúde' seja inserida na constituição da ONU?". Na cabeça dos médicos, isso certamente abriria espaço para discussões sobre o tema e obrigaria a ONU a criar uma organização de saúde. A delegação brasileira cumpriu seu papel e conseguiu aprovar a proposta que inseria o termo na Constituição da Organização das Nações Unidas.

O passo foi decisivo, mas não bastava. Era preciso convocar outra conferência para tratar especificamente da tão sonhada organização e não havia tempo hábil para uma resolução da assembléia sobre o assunto. Mais uma vez, a solução do problema surgiu de onde menos se esperava. Durante um jantar, Dr. Zse comentou o fato com o Secretário Geral da Conferência, sr. Alger Hiss, e perguntou o que poderia ser feito. A resposta veio na hora: "É muito simples. Em vez de apresentar uma resolução, faça uma declaração". Assim foi feito e uma declaração conjunta dos governos brasileiro e chinês, aprovada por unanimidade pela Conferência, obrigou a ONU a assumir definitivamente a criação de um órgão que tratasse da saúde em nível mundial.

A esperada Conferência Sanitária Internacional acabou ocorrendo entre 19 e 22 de junho de 1946, em Nova Iorque, com a participação de representantes de 61 países. Nela foi traçado o primeiro esboço da constituição da organização, assinado em 22 de julho do mesmo ano e que entrou em vigor no dia 7 de abril de 1948, data oficial da fundação da OMS (World Health Organization – WHO).

depressão, esquizofrenia, transtornos bipolares, alcoolismo e transtornos obsessivo-compulsivo. São 400 milhões de pessoas no mundo sofrendo algum tipo de distúrbio mental, e as previsões não são otimistas. Atualmente, os gastos com o setor, na maioria dos países, representam menos de 1% dos gastos públicos. Do total de pacientes que procuram os serviços de saúde, pelo menos um quarto sofre de transtornos mentais. E menos de 40% pedem ajuda no primeiro ano do aparecimento do sintoma. "O percentual destinado ao setor de saúde mental ainda é mínimo, principalmente se for considerada a gravidade do problema", diz Costa e Silva.

Na Assembléia, os ministros destacaram a importância de situar o tema da saúde mental no contexto social. Grande parte do mundo assiste a uma aceleração das reformas econômicas e a mudanças sociais. Essas mudanças são acompanhadas por altas taxas de desemprego, pela desintegração da família e insegurança pessoal.

A pobreza é um elemento primordial na discussão sobre saúde mental. Gro Brundtland vê na pobreza um grande obstáculo ao bem estar mental: "Mais de três bilhões de pessoas, ou seja, a metade da população mundial, continuam pobres e dispõem de menos de dois dólares por dia para viver. Sobre esse número, 1,3 bilhão têm menos de um dólar por dia para viver. Em 2025, estes números poderão atingir, respectivamente, 4 bilhões e perto de 2 bilhões de pessoas", observou. Isso sem contar a instabilidade política e guerras. O relatório das mesas redondas ministeriais aponta uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o aparecimento de problemas de saúde mental e neurológica.

Violação dos direitos humanos

Outra discussão que permeou a Assembléia foi a estigmatização e violação dos direitos humanos. Grande parte desse problema foi atribuído à falta de informação. Essa questão já havia sido levantada pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), que considera o combate aos estigmas a principal medida para garantir o sucesso da Lei da Reforma Psiquiátrica. "O Ministério da Saúde terá que investir em campanhas publicitárias contra o preconceito, como as que foram feitas nos casos dos portadores do vírus HIV. É preciso combater estigmas de que os doentes mentais são perigosos e totalmente incapacitados", diz ele. A OMS combaterá o estigma social, as idéias falsas e a discriminação associadas aos transtornos neuropsiquiátricos e sustentará os direitos dos doentes mentais, como salientou Gro Brundtland. "Freqüentemente, em muitos países, as pessoas portadoras de transtornos mentais sofrem duplamente: de um lado, pelo efeito da doença em si, e de outro pelo estigma e pela discriminação social que ela suscita. Nesse aspecto, todos os países são países em desenvolvimento", declarou a diretora geral da OMS.

Um outro objetivo importante das novas estratégias da OMS para a saúde mental é a melhora dos cuidados de saúde. Estima-se, por exemplo, que apenas 35% das pessoas que sofrem de depressão são tratadas. A situação é inquietante nos países em desenvolvimento – que congregarão cerca de 80% da população mundial até 2020. Na Índia, por exemplo, apenas 20% das pessoas portadoras de esquizofrenia e epilepsia são tratadas, enquanto o índice sobe para 80% nos países de economia de mercado. Na África subsaariana, estima-se a 5% a taxa de tratamento de depressão. Nas regiões assoladas por catástrofes ou guerras a situação é pior. "A sensibilização da opinião pública para aumentar os índices de tratamento não será suficiente", declarou Gro Brundtland". Para ela, será necessário privilegiar, não só grandes estabelecimentos psiquiátricos especializados, que geralmente se concentram em meio urbano e constituem hoje a principal fonte de tratamento, mas também os serviços de saúde mental comunitários mais eficazes. E continua: "O mundo está despertando para o enorme peso que as doenças mentais e os distúrbios neurológicos representam para as comunidades, uma busca que pode ser melhor atendida pela aplicação do conhecimento agora disponível e levar milhões de pessoas a uma melhor qualidade de vida, melhor produtividade e sistema de saúde mais eficientes".

A qualidade de vida está melhorando. Para Costa e Silva, que também foi presidente da Associação Mundial de Psiquiatria, os recentes avanços no campo da genética e da farmacologia estão permitindo melhorar a qualidade de vida e os ensaios clínicos estão demonstrando a eficácia dos tratamentos farmacológicos dos principais transtornos mentais e do uso de certas substâncias. "Tudo isso contribui para a conclusão de que é possível a reabilitação da maioria das pessoas com enfermidades mentais", diz.

"A OMS incentivará a utilização mais ampla de medicamentos de utilidade comprovada contra os transtornos mentais e neurológicos", declarou Gro Brundtland. Mas, a despeito de que aproximadamente 70% dos Estados membros da OMS (140 dos 191 países participantes) tenham uma lista atualizada de medicamentos essenciais, incluindo os psicotrópicos, a verdade é que um terço da população mundial não tem acesso a eles. Na África, por exemplo, apenas 50% das pessoas têm acesso a esses medicamentos e a própria OMS reconhece em seus relatórios que o acesso a um tratamento e medicação eficaz em função dos custos continua limitado.

Uma medida para saúde mental

O peso dos problemas neurológicos e dos transtornos mentais na morbidade mundial foi recentemente medido por meio de uma nova unidade: os 'anos de vida ajustados pela incapacidade' (DALY). Elaborada conjuntamente pela OMS, o Banco Mundial e a Universidade de Harvard, os DALY medem o peso global de uma doença associando, de um lado, os anos de vida potenciais perdidos em conseqüência da morte prematura devida à doença, e de outro, os anos de vida produtiva perdidos em conseqüência da incapacidade resultante da doença. "Para a saúde mental, os DALY evidenciaram uma realidade crítica e mostraram que os transtornos psiquiátricos e neurológicos figuravam entre os problemas mais importantes para o aumento da morbidade mundial", declarou Gro Brundtland em Beijing. A diretora disse ainda que em 1998 estimava-se que estes transtornos representavam em torno de 12% das mortes e da perda de produtividade devido às doenças e traumatismos no mundo, sendo os índices estimados de 23% nos países com alta renda e 11% nos países com renda baixa ou média. "Em 2020, se não foram tomadas medidas de urgência, a parte desses países pode chegar a 15%", alerta.

Lei da reforma Psiquiátrica. 'É preciso combater estigmas'

Depois de dois anos de discussão, o projeto de Lei da reforma psiquiátrica brasileira, apresentada pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG), foi aprovado, garantindo os direitos do paciente e prevendo a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. A nova legislação segue a diretrize da OMS: garantir tratamento aos pacientes sem necessidade de internação. A lei é fundamentalmente uma declaração dos direitos do paciente e contém uma clara diretriz de saúde pública, determinando que os governos devem investir nos recursos comunitários, no sistema ambulatorial, e que as instituições e práticas da velha psiquiatria asilar devem ser progressivamente extintas, dando espaço para estruturas menores onde o tratamento seja mais humano. Embora festejada pelo governo, a Lei não é de fácil aplicação. Hoje, dos pacientes atendidos pelo SUS, 90% estão internados. Desse grupo, 25% estão no hospital há mais de um ano. A mudança no tratamento dos pacientes com distúrbios mentais depende da criação de infraestrutura, com hospitais-dia, centros de convivência e lares abrigados.

O autor da lei reconhece que o texto aprovado pelo Congresso é mais moderado que a versão inicial, apresentada em 1989. A explicação do deputado é que a lei, num caso raro, "começou a surtir efeito antes mesmo de sua aprovação". O projeto original é de doze anos atrás. "As circunstâncias que o originaram eram muito mais graves do que as de hoje", diz ele. De lá para cá, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial conseguiu aprovar nove leis regionais. Isso produziu mudanças na visão de muitos estados e da sociedade em relação ao tratamento dos doentes mentais.

Segundo Paulo Delgado, houve resistência ao projeto. A primeira era o uso do verbo 'extinguir' em relação aos manicômios, o que não era aceito por proprietários de hospitais psiquiátricos, departamentos de psiquiatria das universidades e grande número de famílias. Não aceitavam a extinção, nem progressiva. Entendiam que ia se acabar com uma área da medicina, a psiquiatria. "Mas a lei prevê a absolescência de um serviço inadequado, e não a extinção de uma área médica", concluiu ele.

FIOCRUZ

Cruz

RADIS
Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

Nº 22 • setembro de 2001

ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE

191 países discutem na OMS os destinos da saúde no mundo

Participação brasileira muda os rumos do debate

AIDS
Única solução ainda é a prevenção

ALEITAMENTO
Proposta do Brasil derruba interesses comerciais

Medicamento é direito humano

ENTREVISTA:

Jorge Alberto Costa e Silva

Professor de Psiquiatria da Uerj e membro da delegação brasileira na

+ Daniela Sophia

Quando a saœde mental entrou na cou
pauta das discussıes da OMS? quecid
Quando a Declaraçº da Alma Ata foi feita foi
em 1978, se esqueceram da saœde mental. Os
ministros da saœde de todos os países foram para
Alma Ata, uma cidade do interior da do
Uniªo SoviØtica, onde nªo havia mÆquina de ocorre
escrever. Todos os documentos foram prepara-
dos anteriormente, mÆquinas da OMS em
Genebra. Na assinatura do documen- manter
to final, da saœde do PanamÆ perce- OMS?
beu qu esquecido de mencionar a saœ-
de Como as mÆquinas de escrever um
em Genebra, nªo daria tempo para as ados

ARISTIDES DUTRA

introdução

A missão da OMS e os objetivos da Assembléia Mundial da Saúde

Ana Beatriz de Noronha

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem por missão institucional levar toda a população do mundo ao mais alto nível de saúde possível, definindo saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades". Para levar adiante essa missão, a OMS atua na direção e coordenação das ações mundiais de saúde, promovendo, entre outras coisas, a cooperação técnica entre os países; assistência aos governos no fortalecimento de seus serviços de saúde; auxílio em caso de calamidades e situações de emergência; apoio na prevenção e no controle de epidemias, endemias e outras doenças; melhorias nas condições de nutrição, habitação, saneamento, recreação, trabalho e em qualquer outro aspecto que afete a saúde. Além disso, a OMS financia e coordena pesquisas na área de saúde e estabelece parâmetros e normas internacionais para a formação profissional, para a fabricação de produtos farmacêuticos e para a realização de procedimentos médicos.

A OMS, que tem sede em Genebra, na Suíça, e seis escritórios regionais – dentre eles a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) –, é uma agência guia em termos de saúde, mantida financeiramente com recursos provenientes de doações e da contribuição anual obrigatória dos países membros e dos membros associados (escritórios regionais e outros organismos intergovernamentais). Atualmente, o orçamento anual da OMS gira em torno de US$ 2 bilhões.

Com cerca de quatro mil funcionários – 30% lotados nos países, 40% nos escritórios regionais e os 30% restantes na sede –, a OMS funciona, segundo José Marco Nogueira Viana, diplomata e chefe da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde, como um clube, cujos sócios são os 191 países membros que participam anualmente da Assembléia Mundial da Saúde (AMS), realizada geralmente no mês de maio. Para administrar o 'clube' e seguir instruções determinadas por eles, os 'sócios' elegem um diretor geral – o 'presidente do clube' – e representantes para formar o Conselho Executivo – a 'diretoria do clube'.

O diretor geral é eleito pelo Conselho, a partir de candidatos apresentados pelos países, e a eleição é homologada pela Assembléia. Seu mandato dura cinco anos, com direito a quantas reeleições a Assembléia desejar. O médico brasileiro Marcolino Gomes Candau, por exemplo, foi diretor geral da OMS de 1953 a 1973. Desde julho de 1998, o cargo é ocupado pela ex-primeira ministra norueguesa Gro Harlem Brundtland.

O Conselho Executivo é composto por representantes de 32 países. A cada ano, a Assembléia elege uma terça parte dos membros do grupo, para um mandato de três anos. A função do Conselho é dar efeito às decisões tomadas pela Assembléia e assessorá-la na tomada dessas decisões. Para isso, ele se reúne em Genebra duas vezes por ano: uma em janeiro, para decidir a pauta da próxima Assembléia e adotar resoluções que serão submetidas a ela, e outra logo após a realização da Assembléia para resolver assuntos administrativos. Em 2000, depois de um longo tempo afastado, o Brasil retornou ao Conselho Executivo, com a eleição de João Yunes, diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que permanecerá no cargo até 2003.

A Assembléia Mundial da Saúde, da qual participam delegados de todos os países membros, é, portanto, a instância decisória máxima da OMS. Com função deliberativa, a Assembléia determina, por voto, as políticas a serem seguidas pela Organização, supervisiona suas políticas financeiras e examina e aprova o projeto de pressupostos por programas para o ano seguinte. Além disso, analisa os informes do Conselho Executivo e retorna para este instruções sobre assuntos que requerem a adoção de medidas especiais, estudos e pesquisas mais elaborados ou novos informes.

Participam da Assembléia os ministros da saúde dos 191 países e todos, com exceção daqueles cujos países estão em débito com a OMS, têm direito a um voto na hora das decisões, que afetam direta (através de recursos técnicos e financeiros) ou indiretamente (sugerindo políticas de saúde) o rumo de cada país na área da saúde. Teoricamente, o voto do ministro dos Estados Unidos, maior contribuinte da OMS, tem o mesmo valor do voto de um ministro que só está na Assembléia para pedir recursos para o seu país. Na prática, porém, isso funciona de forma um pouco diferente, pois são poucos os países que podem se dar ao luxo de influenciar a agenda da Assembléia, sugerir a adoção de novas políticas e negociar acordos que possibilitem a aprovação de suas propostas.

– "Historicamente, a OMS sempre foi dominada pelos países mais desenvolvidos. Os demais apenas endossavam as propostas. Hoje, o quadro vem mudando um pouco e alguns países do Terceiro Mundo, como o Brasil, a Índia e a África do Sul já apresentam uma participação mais ativa. O Brasil, por exemplo, é o nono maior pagador da OMS e não precisa do dinheiro da Organização para levar adiante seus programas internos de

ENTREVISTA:
Jarbas Barbosa da Silva

Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa

◆ *Ana Beatriz de Noronha*

"A transparência é fundamental"

Com relação à epidemiologia, o que você destacaria na 54ª AMS?

Houve o informe sobre a avaliação do processo de eliminação do vírus da varíola. No mundo, existem dois locais onde ainda se pode encontrar o vírus em laboratório: a Rússia e os Estados Unidos. O vírus da varíola foi erradicado no mundo e a única maneira de voltar a haver varíola é se, acidentalmente, um desses vírus escapar. Na Assembléia de 1999, ficou decidida a erradicação desses vírus. A decisão, no entanto, acabou sendo prorrogada e foi nomeada uma comissão que está fazendo um levantamento *in loco* para avaliar, entre outras coisas, as condições de guarda do vírus. Na próxima Assembléia, será tomada a decisão definitiva sobre o assunto. Uma outra questão importante foi sobre o avanço global da erradicação da poliomielite. No Brasil, a pólio foi erradicada há 12 anos, mas ainda há muita poliomielite na África e na Ásia. Existe um compromisso mundial de erradicação da doença e aparentemente isso não nos diz respeito, mas diz: nós somos obrigados a manter, por exemplo, duas campanhas de vacinação por ano, além da vacinação de rotina e de uma vigilância epidemiológica muito intensa, por causa do risco de importar de países com os quais mantemos intercâmbio de pessoas e produtos.

E no caso da esquistossome? O Brasil foi nominalmente citado como um dos países que conseguiu reduzir drasticamente o número de casos.

Foi aprovada uma resolução sobre a necessidade de se garantir acesso das pessoas acometidas pela doença ao tratamento, ressaltando também a importância da melhoria das condições de saneamento como forma de evitar novos casos. Essas recomendações já estão sendo seguidas no Brasil com grande êxito. Além da ampliação do acesso aos medicamentos, vem sendo realizado um grande investimento para a melhoria das condições sanitárias domiciliares, na tentativa de se evitar que as pessoas tomem banho nos rios onde há o caramujo transmissor. Da mesma forma, numa mesa redonda sobre hanseníase foi reassumido um compromisso internacional para a eliminação da doença como um problema de saúde pública. O Brasil foi um dos países que fez essa experiência, integrando esse programa na área de atenção básica, e obteve resultados bastante positivos. Não há mais sustentabilidade de programas ultraverticalizados que colocam a hanseníase fora da rede de atenção básica. Esse tipo de abordagem fazia com que doenças com um tratamento prolongado, como é o caso da hanseníase, tivessem uma taxa de abandono de tratamento muito alta. Hoje, o que tem dado certo é o atendimento aos grupos de maior risco de maneira integrada com a sociedade. Isso me leva a crer, e foi dito na mesa redonda, que, mesmo com alguns problemas localizados – alguns estados do Nordeste e parte da região Norte –, nós teremos, em breve, uma redução significativa da prevalência de hanseníase no Brasil.

Qual é a importância da revisão do Regulamento Sanitário Internacional?

Na nossa visão e na de muitos outros países, o Regulamento Sanitário Internacional está completamente superado. Ele é de uma outra época e prevê somente a notificação de três doenças – a peste, a cólera e a febre amarela – deixando todas as outras de fora. Há uma comissão que vem trabalhando nessa revisão e a Assembléia foi importante porque deu caráter prioritário a esse processo e estabeleceu que, concluída a revisão no âmbito da saúde, vai haver um processo de discussão com a Organização Mundial de Comércio (OMC), pois a idéia do regulamento sanitário é oferecer a maior segurança possível à saúde com a menor redução possível no intercâmbio de pessoas e produtos.

O que significa, em termos de segurança sanitária, a mudança de 'notificação de doenças' para a 'notificação sindrômica'?

Isso tem a ver com o processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional. A diferença é que a síndrome torna o sistema mais sensível. Em vez de notificar um caso de febre amarela, por exemplo, notifica-se um caso de doença que causa icterícia, hemorragia e febre, mesmo antes de saber se é febre amarela ou outra doença. O Brasil se ofereceu para testar esse modelo e acha que é uma boa possibilidade, na dose adequada. O sistema hoje está muito pouco sensível, mas ele não pode ficar tão sensível que a todo momento a gente tenha um alerta sanitário internacional. Se isso acontecer, vai haver tantas ocorrências que vai acabar ficando banalizado. O importante é que os países se conscientizem que deve haver completa transparência nessa área. Nos dias de hoje, não é aceitável que um país omita a ocorrência de uma doença para não atrapalhar o turismo e o comércio. Em nível nacional, a vigilância sindrômica possibilita que se tome conhecimento mais precocemente dos problemas e se aja mais rapidamente para combatê-los.

Como podemos relacionar globalização e epidemiologia?

A globalização obriga os países a desenvolverem uma capacidade muito grande de proteger a sua população sem impor barreiras inadmissíveis à circulação de pessoas e mercadorias. Há algumas semanas, ocorreu um caso exemplar com o sarampo, doença que já está perto da erradicação no Brasil. Uma criança de quatro anos chegou a São Paulo, vinda do Japão (que ainda apresenta entre 100 e 200 mil casos por ano). Aqui, ela foi a uma festa da colônia japonesa. Alguns dias depois, foi levada a um posto de saúde e foi diagnosticado sarampo. Todos os que estavam na festa e no vôo foram identificados e vacinados. Com isso, o caso ficou restrito. Se a vigilância tivesse falhado, poderíamos ter tido um caso como o de 1997, quando tivemos cerca de 60 mil casos, com 60 mortes, numa epidemia que teve, provavelmente, origem na Itália. Não se pode impor barreiras e nem se testar todo mundo que viaja. Então, cada país precisa fortalecer muito a sua capacidade de vigilância sob pena de ficar a mercê de importação de vírus e bactérias ou de sofrer restrições comerciais. Na Índia, há uns dois anos, houve um boato sobre um surto de peste e o caso foi tratado com pouca transparência, gerando uma redução muito grande das importações de produtos indianos. A transparência tem que ser a maior possível e para isso é preciso ter capacidade de resposta.

E a pobreza trazida pela globalização?

Existem determinadas doenças cuja ocorrência está muito relacionada com as questões de desigualdade social. Aqui no Brasil, a nossa resposta a isso tem sido o monitoramento constante do fenômeno de desigualdade social no país. O que nós percebemos é que a implantação do SUS aumentou muito o acesso das pessoas à assistência básica. Mas é preciso ir além. É preciso monitorar as variações para que o Ministério da Saúde e a própria sociedade pensem em políticas capazes de reduzir os efeitos negativos da deterioração das condições de vida da população.

O Brasil já está pensando em algo para a próxima AMS?

Sem dúvida alguma, o Brasil vai insistir na questão dos medicamentos. Essa é uma grande batalha que o Ministério da Saúde vem travando dentro do país e a Assembléia se torna um fórum importante para discutir o assunto, pois você cria um consenso político e os organismos internacionais podem acabar sendo um contraponto muito importante para a lógica pura do mercado, que é a de ter o maior lucro possível com os medicamentos. A questão da erradicação da pólio também será retomada e isso é muito importante para nós, porque três ou quatro anos depois de erradicada a doença, a gente poderia suspender as campanhas de vacinação, destinando os recursos e o pessoal mobilizado para outras demandas de saúde igualmente importantes.

ENTREVISTA:
Vera Costa e Silva

Coordenadora do Programa de Combate ao Tabagismo da OMS

◆ *Daniela Sophia*

"Os objetivos da indústria do tabaco e da OMS não são os mesmos"

Qual é a importância da Assembléia Mundial da Saúde (da OMS) e suas resoluções para os países participantes, especialmente para o Brasil?

No caso das ações de controle do uso do tabaco, as 18 resoluções da Assembléia Mundial de Saúde, adotadas desde 1970, cobrem uma grande gama de medidas, lançando as bases para que os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) trabalhem segundo objetivos comuns. O controle do tabagismo não se restringe apenas ao setor saúde e nem às fronteiras de cada país, o que pode ser observado no contrabando, publicidade e promoção de produtos do tabaco. Pela primeira vez na história da OMS, um tratado legal é negociado, com base em acordos não legais entre seus Estados membros, resultando nas negociações do *Convênio Marco para o Controle do Tabaco* (CMCT). O Brasil vem participando de forma ativa em todo este processo de negociação. A liderança do ministro José Serra no programa de controle do tabagismo do Brasil, reconhecida e admirada internacionalmente, foi aliada à escolha do embaixador brasileiro, Celso Nunes Amorim, para presidente do Órgão de Negociação Intergovernamental do CMCT.

Como está sendo enfrentada a questão do tabagismo na OMS e qual é a relação desse trabalho com os pressupostos gerais da OMS?

Com o estabelecimento da *Iniciativa Livre de Tabaco* (*Tobacco Free Initiative* – TFI), em meados de 1998, pela diretora geral da OMS, Dra. Gro Brundtland, as ações globais de controle do tabagismo tomaram um impulso jamais visto anteriormente. Novas estratégias foram sendo identificadas pela TFI, estimulando o envolvimento de outras organizações de forma inovadora e estabelecendo relações com outros setores, dando a dimensão multisetorial e interdisciplinar necessária à abordagem do tema. As inovações são muitas e há grandes mudanças de paradigma: a comunicação deve ser voltada para mudança de estilos de vida e não para vacinar ou oferecer algum exame ou remédio. A capacitação nacional passa pela montagem de uma estrutura que trabalha com outras áreas que não são de domínio do setor saúde, ou seja, economia, legislação, educação, entre outras.

Em que níveis se dão os enfrentamentos com as grandes indústrias de tabaco?

Obviamente os objetivos da OMS e da indústria do tabaco não são os mesmos: o objetivo da indústria do tabaco é vender produtos lesivos à população, que matam metade de seus usuários, enquanto a missão da OMS é a de salvar vidas e reduzir a morbidade por doenças. Em 1999, a Dra. Brundtland estabeleceu um *Comitê de Peritos Independentes Internacionais* para buscar evidências da influência da indústria do tabaco nas atividades globais de controle do tabagismo, seja no desenvolvimento de políticas, prioridades na área de pesquisa e financiamento. O relatório deste Comitê mostrou evidências irrefutáveis de que as indústrias viviam em guerra contra a OMS e a identificavam como um de seus maiores inimigos. O Comitê concluiu que a indústria do tabaco minou e reduziu as atividades de controle do tabagismo mundialmente, e fez então 58 recomendações para proteger a Organização das estratégias empregadas pela indústria do tabaco, que consistiam em *lobbies* junto a grupos e governos, infiltração de funcionários na OMS e em instituições de saúde pública, financiamento de linhas de pesquisa que desviassem a atenção da população para os reais malefícios do tabagismo e da fumaça do tabaco e pagamento de conhecidas revistas de saúde pública. Este relatório repercutiu mundialmente e descreditou a indústria do tabaco perante governos, instituições e a população, bem como suas tentativas de mostrar uma imagem responsável. Como decorrência destas recomendações, na 54ª AMS os Estados membros da OMS decidiram solicitar que esta emitisse relatórios periódicos sobre a influência da indústria nos países, o que passará a ser feito a partir deste ano.

Que resultados deste trabalho já podem ser evidenciados?

Um bom resultado é o estabelecimento de uma força interagencial de controle do uso do tabaco, liderada pelo secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, em 1999, que expandiu significativamente os horizontes para a colaboração multisetorial no sistema das Nações Unidas. Quinze agências das Nações Unidas, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial do Comércio participam desta força de trabalho. Um dos princípios do texto proposto para um convênio para a luta antitabáquica é o reconhecimento da necessidade de assistência financeira à transição econômica dos produtores e trabalhadores do setor.

Existem ações mais concretas já implementadas (ou em vias de implementação) por parte dos países envolvidos ou de organizações não-governamentais?

Na *Força Interagencial de Controle do Tabagismo*, a OMS vem trabalhando com a FAO (*Food and Agriculture Organization*) e o Banco Mundial nas questões de transição econômica. A proposta deste trabalho é a de explorar estratégias políticas voltadas para a redução da demanda por tabaco, levando em consideração a dependência econômica e social de certos países à produção de folhas de tabaco. Resultados preliminares destes estudos, realizados nos países grandes produtores de tabaco, entre eles o Brasil, serão conhecidos no final deste ano. Ele vai analisar o efeito da redução da demanda por tabaco em folha, na agricultura, emprego, ingressos familiares e acesso a alimentos, fazendo projeções da produção, consumo e comercialização internacionais de produtos do tabaco em diferentes cenários de controle do tabagismo. Os resultados deste e de outros estudos que também estão sendo realizados pela Organização Mundial do Trabalho, sobre empregos e alternativas de sustento, serão discutidos em um encontro organizado por nós em Kobe, Japão, em dezembro de 2001.

Qual é o maior problema que a luta antitabáquica enfrenta para cumprir esses pressupostos?

Mudar a consciência social sobre o tabaco, que é um produto que causa dependência, o que vem acontecendo em diversos países, incluído em diferentes estágios de sensibilização social. Mas esta consciência precisa se voltar para todos os estratos da sociedade, começando pelo setor saúde. Uma política voltada exclusivamente para a assistência tem custos cada vez mais altos. Outro desafio é o de mostrar que o controle de fatores de risco pode e deve ser abordado conjuntamente com os programas voltados para as doenças infecciosas. O terceiro desafio é o de fazer com que se identifique o programa de controle do tabagismo como um programa de alta complexidade, que envolve vários setores e segmentos da sociedade e que tem apenas um de seus inúmeros componentes enfocado por campanhas. O que necessitamos é não sermos vistos como 'cruzados', mas como especialistas da área de saúde pública.

Qual a é importância do Convênio Marco para a luta antitabáquica?

O *Convênio Marco de Controle do Uso do Tabaco* é a resposta global que permite soluções muitas vezes não possíveis em âmbito nacional. Ele entra como um complemento – e jamais como substituição – ao processo local, estadual e nacional. Após sua adoção e implementação, irá representar um componente importante de um ambiente regulador internacional para o controle do tabagismo, porque é o único instrumento disponível para desenvolver padrões globais legalmente constituídos.

saúde. Ele é o que se chama de país doador de recursos e, por essa razão, pode 'falar' e impor propostas. Muitas vezes, como no caso da luta contra o tabaco, com a proibição da propaganda em rádio e TV, as políticas brasileiras estão muito à frente das adotadas pela Organização e acabam servindo de modelo para pressioná-la a tomar atitudes mais ousadas", explica Nogueira Viana.

A 54ª AMS

Os preparativos para a 54ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada de 14 a 22 de maio de 2001, começaram em janeiro, durante a 107ª Reunião do Conselho Executivo. Na reunião, foi aprovado o programa das sessões plenárias e os assuntos a serem discutidos tanto nas mesas redondas ministeriais quanto na 'Comissão A' – que trata das temáticas técnicas e sanitárias – e na 'Comissão B' – que trata de questões orçamentárias e administrativas.

Como sempre, após a definição da pauta e da data para a realização da Assembléia são tomadas as medidas de rotina: emissão de convites para os países membros e publicação de informes da diretoria sobre os temas escolhidos para que todos possam se preparar adequadamente.

No Brasil, a chegada do convite da OMS também dá início a um procedimento padrão: o Presidente da República baixa um decreto nomeando o Ministro da Saúde como chefe da delegação. A partir daí, num trabalho conjunto do Ministério da Saúde e do Itamaraty e seguindo uma tendência recente de valorizar a participação brasileira na AMS, são escolhidos os demais membros da missão entre especialistas nos temas a serem discutidos, diplomatas e membros do corpo permanente do Brasil na OMS.

O tamanho da delegação fica por conta de cada país. Alguns, por questões financeiras, enviam somente seu ministro da saúde. No caso brasileiro, além do ministro José Serra, foram indicadas 24 pessoas, prontas para defender as posições assumidas pelo governo em cada uma das esferas do evento. Para Nogueira Viana, a Assembléia é como um jogo de xadrez, onde qualquer movimento influencia o outro. Por esse motivo, o planejamento deve ser feito criteriosamente. É importante que o governo decida, juntamente com o corpo técnico da delegação, as propostas que serão apresentadas em nome do país e a posição que deve ser tomada em cada uma das reuniões sobre os temas escolhidos. O papel dos diplomatas é traçar as estratégias a serem usadas, descobrir possíveis aliados brasileiros em cada uma das questões, firmar alianças prévias e conduzir, durante a Assembléia, as negociações necessárias para a aprovação das propostas apresentadas.

Na Assembléia, todos devem estar atentos a tudo o que acontece. São diversas atividades simultâneas (reunião da Comissão A, da Comissão B, mesas redondas e plenária) e cada uma delas pode gerar novas perspectivas de trabalho. Se nas reuniões a participação dos técnicos é fundamental, nos bastidores quem decide é o pessoal do Itamaraty. "Tudo deve ser feito de forma pensada e em sigilo. Até o trato com a imprensa deve ser cuidadoso: uma notícia divulgada antes da hora pode prejudicar sensivelmente as negociações. Também é importante que os especialistas tenham respaldo político do governo para impor suas posições nos debates", conta o diplomata.

As expectativas brasileiras

Com uma participação que cresceu consideravelmente nos últimos três anos, o Brasil partiu para a 54ª AMS determinado a mostrar que se ainda há muito o que se fazer na área de saúde no país, também há muito que se faz por aqui que pode servir de exemplo a ser seguido pelo mundo.

A publicação, em junho de 2000, do relatório da OMS avaliando os serviços de saúde prestados à população de 191 países e colocando o Brasil em 125º lugar (*veja box na página seguinte*) era mais um estímulo para a delegação brasileira, que chegou à Assembléia com três resoluções, grandes projetos e preparada para muita dor de cabeça. Afinal, estava comprando briga com as poderosas indústrias de produtos para alimentação infantil – entre elas a suíça Nestlé – e de medicamentos.

Segundo análise de Nogueira Viana, no caso do aleitamento materno, a situação parecia tranqüila, apesar de a alteração no tempo de aleitamento exclusivo proposta pelo Brasil – de quatro para seis meses – ter enorme impacto para a indústria do aleitamento artificial. A discussão sobre o assunto começou na 53ª Assembléia e já havia um amplo estudo científico que endossava a resolução brasileira. Com relação às duas resoluções relativas a medicamentos, no entanto, o Brasil estava sozinho. Isso sem contar que a posição brasileira a respeito da Aids – de que prevenir a doença não é o bastante, mas que é preciso tratar as pessoas que já estão contaminadas – ia diretamente de encontro à posição norte-americana – de que a OMS deve estimular apenas programas de prevenção e deixar a responsabilidade da cura para os próprios doentes. A questão então era: se a Assembléia aceitasse a proposta apresentada pelo Brasil, a OMS seria obrigada a apoiar programas de produção de medicamentos a preços reduzidos para os países pobres. Seria uma briga de Davi contra Golias, que ainda teria ao seu lado o influente *lobby* da indústria farmacêutica.

A reunião

"Este é um ano de esperança". Com essa frase, a diretora geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, iniciou seu discurso na abertura da 54ª Assembléia Mundial de Saúde.

O otimismo, para ela, é plenamente justificado. Segundo suas próprias palavras, hoje, mais do que nunca, existe plena consciência de que a saúde é fundamental para o desenvolvimento das nações e que não se pode falar em desenvolvimento sem falar do compromisso de uma vida mais saudável para a população. Finalmente, segundo ela, a saúde conseguiu ocupar um lugar de destaque na imprensa, em debates públicos, assembléias populares e políticas governamentais. Outro motivo para comemorar é que os recursos prometidos começam a aparecer – as contribuições voluntárias para as atividades da OMS aumentaram 40% em 2000 – e a sociedade entende que a participação de todos é fundamental. Isso, é claro, sem falar na descoberta de novas vacinas e medicamentos, acessíveis a um número cada vez maior de pessoas. Para ela, "vivemos um momento sem precedentes para a saúde mundial e não podemos desperdiçar essa oportunidade".

Em seu comunicado, além de comentar sobre cada um dos temas a serem tratados pela Assembléia e de pedir a colaboração de todos, ela destacou a importância da elaboração de um programa geral de trabalho, para estabelecer as prioridades da OMS, e da aprovação do *Projeto*

Mesa-redonda: aliança global para a eliminação da hanseníase

das mulheres grávidas soropositivas tem se beneficiado das intervenções para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho e que somente entre 5% e 20% das pessoas que padecem de infecções de transmissão sexual curáveis e têm acesso a serviços de atenção à saúde recebem dedicação. Nos países em desenvolvimento, com exceção do Brasil e da Tailândia, só uma proporção muito pequena das pessoas infectadas recebe tratamento antiviral.

Por causa disso, os países reconhecem a importância da função que os grupos comunitários, as organizações não-governamentais e as associações de pessoas que vivem com HIV desempenham tanto na prestação de atenção quanto no apoio às atividades de prevenção, já que promovem a aceitação das pessoas com HIV e a redução das taxas de infecção entre seus integrantes.

Outro fator importante na prevenção e na atenção é a atuação do setor da saúde. Este pode ser um dos melhores veículos de informação, proporcionando atenção às pessoas que sabem que estão infectadas pelo HIV, demonstrando que não existem razões para o medo de se contrair a infecção no contato cotidiano.

A OMS, com o objetivo de apoiar os Estados Membros para elaborarem respostas mais efetivas ao HIV/Aids, anunciou, nesta última assembléia, as suas áreas de atuação prioritárias: a prevenção da transmissão do HIV entre os jovens, especialmente na saúde sexual e reprodutiva, estimando reduzir os casos de Aids em 25% até 2005; a prevenção e tratamento das infecções de transmissão sexual, identificando estratégias que acelerem o acesso a serviços de alta qualidade; a melhora da prestação de orientação psicológica e realização de exames de detecção; a prevenção da transmissão do HIV de mulheres gestantes para o filho; a prestação de assistência e apoio a pessoas que vivem com o HIV, inclusive o acesso aos medicamentos e ao tratamento antiviral; a atenção de casos das principais infecções oportunistas; a prestação de cuidados paliativos e de apoio psicológico e social; a seguridade hematológica com vista aos altos índices de pessoas morrendo por falta de sangue; a prestação de proteção e atenção aos agentes de saúde que também estão expostos ao vírus e aos grupos vulneráveis, como os usuários de drogas injetáveis e pessoas envolvidas com a prostituição; e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos que combatam o HIV.

Crise Mundial

É inegável: a Aids representa uma crise mundial, ameaçando o desenvolvimento social, a estabilidade política e a esperança de vida. Os países membros da OMS reconhecem que, por isso, é direito de todos o acesso, sem discriminação alguma, aos centros de saúde e tratamento, e que estes precisam buscar respostas mais eficazes no combate ao vírus, promovendo a prevenção em todas as áreas e oferecendo serviços e produtos de controle do vírus, como vacinas, preservativos e medicamentos.

A 54ª AMS reconhece, ainda, que os serviços e sistemas de saúde são essenciais na redução da Aids e que existem medicamentos baratos e eficazes para prevenir e tratar as infecções oportunistas. No entanto, a falta de produtos farmacêuticos acessíveis e de sistemas de saúde viáveis dificulta a articulação de uma resposta contra o HIV em muitos países, principalmente nos mais pobres. Onde há tratamento adequado, a mortalidade é reduzida e há um aumento de sobrevida das pessoas infectadas.

No que concerne aos esforços mundiais, a Assembléia reconheceu a importância da OMS e do Unaids na promoção da saúde, na prevenção da doença, na atenção e no tratamento, na organização de serviços, na difusão de informação de apoio para formulação de políticas de saúde e na melhora do acesso a medicamentos.

O resultado dos debates sobre a epidemia do HIV/Aids, durante a 54ª AMS, estabeleceu que cabem aos Estados membros os seguintes compromissos:

- Fazer do HIV uma das prioridades no programa de saúde e desenvolvimento e que se destinem recursos suficientes para o combate ao vírus.
- Adotar medidas eficazes para assegurar que todas as pessoas, em particular os jovens, saibam como evitar a infecção e facilitar o acesso aos serviços e métodos de prevenção, que devem ser a base dos programas.
- Criar alianças internacionais voltadas para o fortalecimento dos sistemas de atenção sanitária, dos programas de nutrição, dos programas de educação e informação e da concepção de medidas de prevenção, tratamento e atenção às pessoas que vivem com o vírus.
- Reconhecer a necessidade de ações contra a discriminação aos portadores do HIV.
- Buscar esforços para proporcionar, gradualmente, tratamento da Aids, com inclusão de profilaxias e de tratamento das infecções oportunistas.
- Formular políticas nacionais contra o HIV/Aids que incluam as pessoas infectadas.
- Desenvolver, em relação aos diferentes sistemas de saúde, modalidades de atenção apropriadas, como os serviços ambulatoriais, a atenção domiciliar e a atenção diurna, assegurando o sustento e qualidade de diagnóstico, o acompanhamento, a realização de provas, o tratamento e a prestação de apoio.
- Investir em pesquisas sociais e comportamentais relacionadas à Aids e ao desenvolvimento de novos enfoques e tecnologias de prevenção e cura, principalmente, de vacinas contra o vírus.
- Fazer tudo o que for possível para proporcionar apoio financeiro e de cooperação técnica a fim de que os Estados Membros ampliem suas ações no combate à epidemia.
- Ampliar o acesso a medicamentos, cooperando no fortalecimento das políticas e práticas farmacêuticas, sobretudo na produção de medicamentos genéricos. Aos Estados Membros cabe promover a inovação e o desenvolvimento de indústrias nacionais para este fim.
- Por fim, estabelecer um fundo mundial para a luta contra o HIV e para a saúde.

Cabe, ainda, à diretoria geral da OMS:

- Proporcionar aos Estados membros orientação normativa de alta qualidade em relação à saúde e apoio técnico integral para que os países possam intensificar suas ações contra a Aids.
- Prestar assistência no desenvolvimento e na aplicação de estratégias integrais de prevenção e atenção.
- Apoiar o desenvolvimento das capacidades e estruturas dos sistemas de saúde e proporcionar orientação e cooperação técnica para melhorar a prevenção, o tratamento clínico, atenção ambulatorial, a orientação e o apoio social e psicológico aos portadores do HIV.
- Impulsionar as investigações de vacinas contra o HIV, antibióticos e novos tratamentos contra a doença.

rando os resultados.
- Estabelecer e estimular programas de ação em prol da investigação e do desenvolvimento.
- Catalisar as mudanças mediante apoio técnico e normativo.
- Negociar fórmulas de associação nacionais e mundiais.
- Estimular o desenvolvimento e experimentação de tecnologias, instrumentos e diretrizes novas para a luta contra as enfermidades, a redução de riscos, a gestão de atenção primária e prestação de serviços.

O trabalho normativo é realizado principalmente na sede da OMS, em Genebra. Ao contrário da cooperação técnica, que acontece nos Escritórios Regionais dos países em desenvolvimento. A cooperação compreende ações de desenvolvimento de fórmulas de associação, estímulo ao trabalho local, assessoria, planejamento e implementação de políticas de saúde.

As prioridades atuais

Os temas prioritários são escolhidos observando-se critérios como a repercussão no desenvolvimento sócio-econômico, necessidade de novas tecnologias, oportunidades para redução das desigualdades sanitárias dentro de um mesmo país e uma demanda de apoio da OMS pelos Estados membros.

- **Malária, Tuberculose e Aids**

Abordar as três enfermidades exige não apenas tecnologias eficazes em relação ao seu custo, mas também esforços constantes e mecanismos eficazes para reunir e mobilizar os recursos de diversos atores nos setores públicos e privados. Influir nas atividades de investigação e desenvolvimento do setor privado em um campo que, ao contrário, se prestaria uma atenção limitada.

Recursos: Aids,US$ 130 milhões; Malária, US$ 118 milhões; Tuberculose, US$ 105 milhões.

- **Câncer,enfermidades cardiovasculares e diabetes**

Necessita-se primordialmente de uma vigilância transnacional e uma melhora na epidemiologia dos fatores de risco.

Recursos: US$ 20 milhões (vigilância, prevenção e manejo das enfermidades não transmissíveis)

- **Tabaco**

Considerado uma causa importante na mortalidade em todas as sociedades, é um problema que cresce com rapidez nos países em desenvolvimento. Entre as medidas tomadas, destaca-se a ação para acabar com os poderosos interesses criados a fim de diminuir o consumo.

Recursos: US$ 25 milhões

- **Saúde Materna**

As ações realizadas para promover a saúde materna centram-se no desenvolvimento dos sistemas de saúde. Leva-se em conta a dificuldade da redução da mortalidade materna sem um sistema de saúde que funcione satisfatoriamente.

Recursos: US$ 37 milhões

- **Inocuidade dos alimentos**

Há uma crescente demanda por assessoria técnica e científica.

Recursos: US$ 10 milhões

- **Saúde mental**

Necessita-se de um amplo consenso técnico, assim como uma melhor informação epidemiológica. A OMS busca associação entre setores públicos e privados (novos tratamentos) e fórmulas de associação públicas e voluntárias (prestação de serviços e continuidade da assistência).

Recursos: US$28 milhões

- **Segurança do sangue**

Crucial para a luta contra a AIDS, é um campo desatendido, não somente no que se refere ao estabelecimento de normas técnicas, mas também na legislação, no desenvolvimento do sistema de saúde e na criação de fórmulas de associações públicas, privadas e voluntárias. A OMS busca estabelecer laços com a Cruz Vermelha Internacional, e outras organizações não governamentais competentes em matéria de segurança de sangue.

Recursos: US$ 26 milhões

- **Sistemas de saúde**

O desenvolvimento de sistemas de saúde eficazes sustenta todas as demais prioridades. A OMS apóia e assessora o setor sanitário. Esta demanda de apoio e assessoria na questão da reforma do setor sanitário é considerável por parte dos países membros. Diferentes enfoques à respeito do financiamento da saúde têm importantes conseqüências para a eqüidade e eficiência. A gestão baseada na força de trabalho é um campo não contemplado em muitos sistemas de saúde e requer um esforço mais global. Mecanismos mais eficazes para a gestão financeira são fundamentais para assegurar a execução satisfatória dos programas prioritários.

Recursos: US$ 101 milhões

Fonte: Política y presupuesto para uma sola OMS, quadro 3.

Um diálogo imaginário

Outubro de 2001. Num restaurante à beira do lago, em Genebra, três médicos conversam: um chinês, um norueguês e um brasileiro.

– Não sei o que pensam os colegas, mas é impossível deixar de reparar que as coisas mudaram muito nesses mais de cinqüenta anos desde aquele nosso encontro, em São Francisco.

– É verdade. A impressão que tenho é que a realidade acabou superando em muito nosso tímido sonho inicial de uma organização mundial da saúde. Eu jamais poderia imaginar a proporção que as coisas ganhariam...

– 191 países, mais até do que própria ONU!

– E nós começamos com algo em torno de 80 países, não me lembro muito bem... A memória começa a me falhar, senhores...

– Mais ainda do que a mera soma dos países participantes é a força gerada no interesse comum de propor caminhos para a saúde, respeitando as realidades e singularidades de cada local, de cada história.

– A própria noção de "saúde" foi ampliada a ponto de englobar não só a cura do corpo ou o controle de endemias, mas todos os segmentos da vida, a própria qualidade da vida!

– E a influência política e decisiva na vida das populações mundiais? Sinto-me muito gratificado ao perceber que a OMS assumiu seu papel de estimuladora de discussões e divulgadora de princípios sobre os quais as questões da saúde, ou da vida, como frisou muito bem o colega, devem ser tratados.

– E pensar que alguns ainda consideram esse conceito de saúde e esses princípios como mera utopia...

– Como se alguma utopia pudesse ser 'mera'...

– Vocês se recordam de que nós mesmos fomos acusados de "sonhadores utópicos" em 1945, quando decidimos propor a criação de uma organização de saúde que discutisse mundialmente a questão?

– Pois sim! A utopia é o motor da história, já dizia... já dizia... humm, não vou conseguir me lembrar...

– Parodiando um velho poeta de minha terra, "que me desculpem os realistas, mas utopia é fundamental"!

– Boa, essa! E quem foi esse poeta?

– Esqueci.

– Bem, senhores, penso que temos um encontro marcado daqui a cinqüenta anos, aqui ou em qualquer outra parte do mundo.

– Apoiado! Como estará a saúde do mundo? Alguém pode imaginar? Há avanços na engenharia genética, mas também aumentam as desigualdades...

– As contradições são notórias. Qualquer previsão é um exercício vão, mas esperamos que os princípios sejam mantidos.

– Certamente! Amigos, proponho um brinde 'à brasileira': "À nossa saúde"!

– À saúde de todos!

– À Saúde!

de Orçamentos por Programas, para nortear as ações da Organização a curto prazo. A diretora também lembrou a necessidade de maiores investimentos em tecnologias da informação para que seja possível monitorar, em tempo real, como se dá a captação de recursos e de que maneira eles são utilizados, a fim de se estabelecer a correta relação entre os gastos efetuados e os resultados obtidos.

Se no discurso da diretora tudo parecia estar na mais perfeita ordem, na Assembléia o clima começou a esquentar já na apresentação das credenciais dos participantes. Repetindo uma rotina de vários anos, representantes dos países árabes – que não reconhecem a existência de um Estado Sionista – não aceitaram a credencial do ministro de Israel. Como sempre, depois de muita briga, a Assembléia votou e decidiu aceitar a participação do ministro israelense. O caso, segundo Nogueira Viana, já faz parte do anedotário do evento, mas serve para dar uma pequena amostra das grandes discussões que aconteceriam durante a semana. Outra velha 'piada' ficou por conta da delegação do Peru, que, como faz todos os anos, tornou a propor que Taiwan fizesse parte da OMS. Por que o Peru? Ninguém tem a menor idéia.

De acordo com a pauta determinada, em janeiro, pelo Conselho Executivo, a 'Comissão A' ficou encarregada de analisar oito subpontos referentes a questões de saúde: alimentação do lactante e da criança; promoção à saúde; enfermidades transmissíveis; luta contra a esquistossomose; segurança sanitária mundial; fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais; convênio marco para a luta contra o tabaco; HIV/Aids; erradicação do vírus da varíola (que só existe em laboratório); e a estratégia revisada em matéria de medicamentos. Além disso, caberia à comissão analisar o Projeto deOrçamentos por Programas para o biênio 2002/2003.

Para a 'Comissão B', além dos assuntos financeiros e administrativos de praxe, foram definidas duas outras questões: a situação da população árabe nos territórios ocupados, incluída a Palestina, e a colaboração dentro do sistema das Nações Unidas e com outras organizações intergovernamentais.

Nas mesas redondas ministeriais, prática introduzida na 52ª AMS, a discussão seria sobre 'Saúde Mental' , um tema considerado chave pela OMS e que também será objeto do *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, a ser publicado em outubro deste ano.

Segundo parecer do Conselho, a Assembléia deveria aprovar ainda a *Classificação Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde* (CIDDM-2), um novo documento a ser integrado à família de classificações da OMS.

Na agenda, havia alguns temas de consenso geral e alguns assuntos bastante polêmicos, dentre os quais as propostas brasileiras que iriam praticamente monopolizar as atenções das comissões e da plenária: extensão do tempo de amamentação de bebês exclusivamente com leite materno até os seis meses, com sérias repercussões nos códigos de comercialização de alimentos para lactantes; fabricação e venda de medicamentos mais baratos para as populações carentes, principalmente no caso de doenças como a Aids, quebrando, quando preciso, a patente dos laboratórios farmacêuticos; e a criação de um banco mundial de dados, disponibilizado pela OMS na Internet, com o preço de todos os genéricos e cópias fabricados no mundo para que os Estados mais pobres possam realizar suas compras de maneira mais racional e econômica.

Os destaques e resultados da Assembléia

O teor do discurso de Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas, proferido na cerimônia de abertura da 54ª AMS, foi o primeiro sinal de que a Aids seria um dos temas principais da Assembléia. A expectativa se confirmou e os debates sobre o assunto despertaram grande interesse entre os delegados. Relatos dos delegados de diversos países sobre o sofrimento humano e enormes prejuízos sociais causados pela enfermidade, bem como sobre experiências positivas e eficazes no combate à doença, acabaram facilitando a adoção, por consenso, de uma resolução sobre a

Relatório sobre a Saúde do Mundo 2000: o estopim da bomba

"A OMS avalia os sistemas de saúde do mundo". Com este título, num comunicado à imprensa mundial em 21 de junho de 2000, a OMS liberava para o público seu relatório anual sobre a saúde no mundo, cujo tema foi *Sistemas de saúde: para um melhor desempenho*.

A intenção da OMS, de comparar os sistemas de saúde dos 191 países membros a fim de monitorar seus desempenhos e propor melhorias, poderia ser considerada louvável, não fosse o resultado tão equivocado, segundo especialistas da área. A reação contra os resultados apresentados foi imediata e surgiram críticas de várias partes do mundo. Afinal, o que poderia ser dito de um relatório no qual o atendimento médico no Paraguai é considerado melhor do que no Uruguai e na Argentina ou que o sistema de saúde da Colômbia é visto como mais eficiente do que o do Canadá ou o da Alemanha?

No Brasil, cujo sistema de saúde foi classificado em 125º lugar do *ranking* geral, a revolta do ministro José Serra foi grande e sua queixa baseava-se no fato de o relatório apresentar comprovada inconsistência metodológica e grandes falhas conceituais. Para avaliar a satisfação dos usuários do SUS, por exemplo, a OMS entrevistou apenas trinta e três pessoas, e em geral não-usuários – inclusive o presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss. Isso pode ser considerado um erro gritante, pois nas diversas pesquisas feitas pelo Ministério da Saúde com os usuários do Sistema, o índice de aprovação chega a 85%. Além disso, somente cinco dos 191 países relacionados no *ranking* forneceram dados completos aos técnicos da OMS, incluindo o Brasil, o que levou a OMS a fazer suposições sobre a saúde, publicando-as como se fossem definitivas.

Segundo João Yunes, o ministro José Serra leu e analisou detalhadamente o relatório, ajudado pelo fato de que dois terços do trabalho baseavam-se em análises sócio-econômicas, assunto que ele domina. Isso foi suficiente para que o ministro questionasse os resultados apresentados.

– Mas a história é ainda anterior. Antes mesmo de o relatório sair, o ministro José Serra havia pedido uma reunião com a diretora da OMS, para dizer que o Brasil estava preocupado em saber que iria sair um relatório e que os ministros da maioria dos países desconheciam completamente o seu teor. O Serra falou: "Não sou contra relatórios, mas os países precisam ter conhecimento antes". É muito desagradável para uma agência intergovernamental como a OMS, que se divulguem dados de todos os países do mundo, sem que eles saibam ou participem. A metodologia tem que surgir de um consenso, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que ninguém discute, e não de uma caixa-preta. Nessa reunião com a Dra. Brundtland, ficou combinado que antes de o relatório ser liberado, o Brasil poderia analisá-lo calma e detalhadamente. O acordo não foi cumprido, porque alguém da Organização, algum tecnocrata, soltou as informações antes. Isso foi uma punhalada, e a resposta do ministro foi um ofício à direção da OMS – conta Yunes.

Em junho, o relatório foi divulgado e em setembro seria a reunião da OPAS, em Washington. O Brasil se preparou e enviou ofício a todos os países das Américas. Nessa reunião, frente a frente com o pessoal da OMS – que foi incapaz de rebater as críticas recebidas –, o Brasil propôs uma resolução de não permitir a continuação desse relatório enquanto os países não participassem das discussões sobre a metodologia. Isso teve um impacto muito grande, pois o ministro José Serra pediu que a OPAS intermediasse a situação junto à OMS. Em novembro, quando há uma espécie de 'retiro' do Comitê Executivo, com reuniões mais informais, o assunto veio à tona e a reação dos países, em geral, foi a mesma, igualmente contrária ao relatório, como lembra João Yunes:

– O representante da França, primeira coloca-